



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Caraterização do nível de literacia dos doentes na segurança
dos cuidados de saúde numa amostra portuguesa**

XLV Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Ana Isabel Fernandes da Silva Bento

junho 2018



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Caraterização do nível de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde numa amostra portuguesa

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes

junho 2018

Agradecimentos

Que grande desafio minha querida e grande amiga que me proporcionaste. Desafiaste, acreditaste, confiaste e apoiaste sempre! Agradeço-te pela oportunidade, companhia, pelo entusiasmo, as viagens, pela cumplicidade e amizade eterna. É a ti que dedico com muito orgulho este trabalho. És tu a responsável por eu ter iniciado e terminado esta aventura. Nunca me esquecerei das tuas palavras, Tatiana Silvestre!

À minha mãe, a quem reconhecerei sempre a importância e influência na minha personalidade: a coragem, a humildade e a força que sempre persistem. Ao meu pai pelo apoio incondicional, à princesa pela companhia, ao meu irmão e sobrinhos pela compreensão das ausências e à minha prima pela pronta colaboração.

Ao Filipe pela paciência, presença e empenho, à Carolina pela forma consciente e realista como me eleva, ao Pedro pelos momentos de reflexão e à Paula pela dedicação, preocupação e carinho.

Ao XLV CEAH pela energia intensa, genuína e fantástica que me proporcionou e permitiu construir amizades que perduram e sustentam o esforço para a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Sílvia Lopes pela orientação, disponibilidade, confiança, motivação e persistência na progressão do trabalho.

À Professora Doutora Anabela Coelho que autorizou a oportunidade de desenvolver este estudo e também pela coorientação.

À Professora Doutora Margarida Eiras pelo apoio e partilha de conhecimentos.

Resumo

Introdução: A literacia em saúde refere-se à forma como os doentes apreendem a informação acerca da saúde e como a utilizam na sua vida para tomar decisões. Níveis baixos de literacia em saúde podem afetar a segurança na prestação dos cuidados de saúde e a participação do doente na tomada de decisão. Este estudo pretende caracterizar os níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde e avaliar se existe relação com o género, a idade, o nível de escolaridade, a situação profissional e a doença crónica.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, baseado no questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, construído e aplicado pela Direção-Geral da Saúde. O questionário avaliou os níveis de literacia dos doentes por autoperceção. Foi distribuído a doentes adultos em nove instituições de saúde do país. É composto por 5 questões de características sociodemográficas e 35 questões sobre literacia para a segurança dos cuidados de saúde. Utiliza uma escala de *likert* com quatro níveis: muito fácil, fácil, difícil e muito difícil.

Resultados: Num total de 721 doentes, a maioria apresenta níveis de literacia excelentes e adequados. Os melhores resultados verificam-se nos doentes: do género feminino (78%), entre os 18-44 anos (81%), com o ensino superior (88%), os ativos (79%) e os doentes sem doença crónica (77%). A área prioritária Prevenção de Úlceras de Pressão apresenta valores acumulados críticos (no nível adequado, problemático e inadequado) nos doentes: do género masculino, com +81 anos, com frequência do ensino primário/1.º ciclo e nos reformados. Estes valores variam entre os 89% e os 92%.

Discussão/Conclusões: Os doentes mais novos e com escolaridade superior detêm melhores níveis de literacia na segurança dos cuidados de saúde. Contudo, na área prioritária Prevenção de Úlceras de Pressão os doentes revelaram ausência de conhecimento sobre o conceito e as suas medidas de prevenção. Sugere-se que seja considerada a aplicação de uma medição mista para avaliar os níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, bem como a revisão dos atuais indicadores de úlceras de pressão, de modo a analisar a duração com que os doentes retêm o conhecimento e ajustar a prática e a frequência do método utilizado.

Palavras-chave: literacia em saúde, segurança do doente, segurança nos cuidados de saúde e participação do doente

Abstract

Introduction: Health literacy refers to the way patients perceive health information and how they apply it in their lives to make decisions. Low levels of health literacy can affect safety in healthcare delivery and patient participation in decision making. This study aims to characterize the levels of patients' literacy in healthcare safety, and evaluates the possibility of a correlation with gender, age, educational level, professional situation and chronic diseases.

Methodology: This is an observational and retrospective study, based on the survey "Literacy for the Healthcare Safety", created and applied by the Directorate-General of Health. The survey evaluates patients' levels of literacy by self-report. It was distributed to adult patients in nine national health institutions. It consists of 5 sociodemographic questions and 35 closed answer questions about literacy for the healthcare safety. A likert scale with four levels was used: very easy, easy, difficult and very difficult.

Results: With a total of 721 patients, the majority reports excellent and adequate levels of literacy. The best results occurred with: female patients (78%), in the age group 18-44 (81%), with higher education (88%), employed (79%) and patients with no chronic diseases (77%). The priority area of Bedsores Prevention reports the most critical accumulated values (in adequate, problematic and inadequate levels) with: male patients, +81 years old, who attended and concluded primary school and with the retired. These values vary between 89% and 92%.

Discussion/Conclusions: Younger patients and patients with higher education hold better literacy levels in healthcare safety. However, in the priority area of Bedsores Prevention patients revealed a lack of knowledge about the concept and its prevention measures. It is suggested a mixed measurement to evaluate patient literacy levels in healthcare safety to be considered, as well as the review of current bedsores' indicators, in order to analyse the length in which patients retain knowledge and adjust the practise and frequency of the method used.

Keywords: health literacy, patient safety, healthcare safety and patient participation

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	xi
Lista de abreviaturas e siglas.....	xiii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1 Literacia em saúde - conceito.....	5
2.2 Níveis de literacia em saúde	5
2.3 Relação entre literacia em saúde e as características sociodemográficas	7
2.4 Relação entre literacia em saúde e a segurança dos cuidados	8
2.5 Instrumentos de medição para avaliar a literacia em saúde	11
2.6 Níveis de literacia em saúde em Portugal	14
2.7 Estratégias para a promoção da literacia em saúde na segurança dos cuidados	15
3. Objetivos.....	19
4. Metodologia	21
4.1 Desenho do estudo	21
4.2 População em estudo	21
4.3 Questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”	22
4.4 Recolha de dados	23
4.5 Análise dos dados.....	24
4.5 Aspectos éticos.....	25
5. Resultados.....	27
5.1 Consistência interna do questionário.....	27

5.2	Caraterização da amostra	27
5.3	Caraterização dos níveis de literacia dos doentes.....	28
5.4	Relação das caraterísticas sociodemográficas e dos níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde	29
6.	Discussão	35
6.1	Discussão metodológica	35
6.2	Discussão de resultados	36
7.	Conclusões	41
8.	Referências bibliográficas	43
9.	Anexos.....	49
	Anexo 1 – Número de casos omissos por caraterística sociodemográfica	49
	Anexo 2 – Média do número de respostas não aplicável e não respondeu	49
	Anexo 3 – Média do número de respostas não aplicável e não respondeu por área prioritária.....	50
	Anexo 4 – Questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” ...	51
	Anexo 5 – Escala para interpretação do coeficiente de <i>Alfa de Cronbach</i>	54
	Anexo 6 – Escala utilizada na medição das correlações entre as variáveis	54
	Anexo 7 – Pedido e autorização para acesso à base de dados	55

Índice de Figuras

Figura 1 - Níveis de literacia dos doentes na literacia em saúde geral, nas áreas prioritárias e na literacia para a segurança dos cuidados de saúde	28
Figura 2 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por grupo etário	30
Figura 3 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por nível de escolaridade	31
Figura 4 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por situação profissional	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Instituições de Saúde selecionadas	21
Tabela 2 - Estrutura do questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”	22
Tabela 3 - Dimensão da amostra pré-definida e número total de respondentes (n) por instituição.....	24
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos doentes.....	27
Tabela 5 - Níveis de literacia dos doentes por áreas prioritárias	29
Tabela 6 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por género	29
Tabela 7 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por doença crónica	32
Tabela 8 - Níveis de literacia dos doentes por áreas prioritárias segundo as características sociodemográficas	34

Lista de abreviaturas e siglas

DGS	– Direção-Geral da Saúde
DQS	– Departamento da Qualidade na Saúde
EPE	– Entidade(s) Pública(s) Empresarial(ais)
LS	– Literacia em Saúde
LSCS	– Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde
SCS	– Segurança dos Cuidados de Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde

1. Introdução

A segurança dos cuidados de saúde (SCS) é um problema constante nas instituições de saúde e nos últimos anos tem havido uma preocupação permanente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (1), que tem assumido relevância ...“*tanto para os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde cuja missão principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível*” (2).

O relatório *To err is human*, do *Institute of Medicine*, foi o grande impulso para o movimento em torno da segurança do doente, que resultou numa maior sensibilização para os erros que ocorrem como resultado da prestação de cuidados de saúde. Este relatório mostra que a prestação de cuidados de saúde é complexa, que envolve muitos riscos e causa sofrimento, danos, incapacidades e mortes (3). Uma deficiente prestação de cuidados de saúde representa também gastos elevados em saúde que se traduzem num pesado ónus económico para os recursos de saúde (4).

Tanto os artigos científicos, como as organizações supranacionais, como a União Europeia e a Organização Mundial da Saúde (OMS), têm advertido os Estados Membros que avaliem e monitorizem a cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde aos doentes. Em 2006, a OMS definiu áreas de ação no Programa de Segurança do Doente, onde se destaca a criação do programa *Patients for Patient Safety*, que pretende dar ao doente um papel mais participativo na SCS.

Têm surgido, em diversos países, diferentes ações e projetos que visam envolver os doentes na SCS, como são o caso: do Canadá com o programa *Patients for Patients Safety Canada* (5), englobado no *Canadian Patient Safety Institute*; do Reino Unido com o projeto *Patient and Public Involvement* do *Bradford Institute for Health Research* (6) e de Espanha com o projeto *Pacientes por la Seguridad del Paciente* (7).

Assim, no decorrer da última década os doentes e familiares têm vindo a ser incluídos gradualmente na prevenção da doença e na promoção da saúde, também devido a um maior foco na centralização dos cuidados no doente. Evidenciando-se a necessidade da colaboração de todos os que estão ligados aos cuidados de saúde, a fim de contribuir para a melhoria da sua segurança.

Os doentes são observadores atentos da sua própria saúde, tratamento e cuidados, e estão presentes em todas as etapas da prestação de cuidados, daí a necessidade

crescente de promover a sua participação, de conhecer a sua experiência e perceções e integrá-las na qualidade para a SCS.

Um dos fatores, indicados na literatura, que pode comprometer a participação dos doentes na SCS é a capacidade do doente tomar decisões fundamentadas sobre saúde, ou seja, o nível de literacia em saúde (LS) (8).

Em 2012, a LS é definida pela OMS e o Consórcio Europeu como: *“A literacia em saúde está ligada à literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida”* (9).

O nível de LS e o estado de saúde do doente estão intimamente relacionados. Os doentes com níveis baixos de literacia apresentam um estado de saúde inferior aos que têm melhores níveis de literacia (10) (11), bem como maior dificuldade em perceber informação oral e escrita fornecida pelos profissionais de saúde (10). Alguns estudos têm vindo a identificar um nível baixo de LS como um fator de risco para algumas patologias (12) (13).

Em Portugal, a promoção dos níveis de LS dos doentes, também tem sido identificada como uma das prioridades para alcançar melhores resultados nos cuidados de saúde e arrogada, com preocupação, no desenvolvimento de políticas de saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (14) e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (15), são diplomas que pretendem, entre outros objetivos, aumentar a qualidade dos cuidados e o envolvimento dos profissionais e dos doentes/família/cuidadores na garantia de maior segurança na prestação dos cuidados de saúde.

Uma melhor compreensão da LS pelos doentes pode permitir intervenções direcionadas para otimizar os resultados em saúde. Existem já diversos instrumentos que avaliam a LS, como exemplo, refere-se o questionário europeu (16) (17) que engloba quatro índices de literacia: LS geral, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.

Portugal revela valores problemáticos e inadequados ligeiramente abaixo da média nos quatro índices. A nível europeu, o índice com o menor valor problemático e inadequado verifica-se nos cuidados de saúde com 56%, seguido da LS geral (61%), promoção da saúde (60%) e prevenção da doença (55%) (16).

Um elevado nível de LS está associado a benefícios não só para a pessoa, como também para a comunidade. No que concerne aos benefícios individuais, a LS melhora o conhecimento dos riscos, o cumprimento das prescrições, a motivação e a confiança em si mesmo, bem como a resistência individual à adversidade. No que diz respeito aos benefícios sociais e comunitários é referido o incremento da participação em programas de saúde, a capacidade de influenciar as normas sociais e interagir com grupos sociais, a par com a capacidade de atuar nos determinantes sociais e económicos da saúde e no empoderamento da comunidade (18).

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde, mencionada no despacho 6430/2017 de 25 de julho (19), determina, como primeiro princípio geral, que a proteção da saúde é uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Neste sentido, para potenciar a criação de ambientes que promovam a cultura de SCS, através do reforço do poder de intervenção dos cidadãos, foi determinado neste despacho (19), a implementação do projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, com coordenação da Direção-Geral da Saúde (DGS), que visa:

- *“aumentar a participação dos doentes, dos seus familiares e/ou cuidadores na melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde;*
- *aumentar a literacia dos doentes na área da segurança da prestação de cuidados de saúde;*
- *melhorar a cultura de segurança dos ambientes internos dos serviços prestadores de cuidados de saúde” (19).*

No decorrer deste projeto foi desenvolvido e aplicado um questionário em instituições públicas de saúde com o objetivo de conhecer os níveis de literacia dos doentes na SCS, por autoperceção.

Proponho-me a analisar os resultados da aplicação deste questionário, com o objetivo de caracterizar o nível de literacia dos doentes na SCS e avaliar a relação entre as características sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, situação profissional e doença crónica) e os níveis de literacia.

2. Enquadramento teórico

2.1 Literacia em saúde - conceito

O conceito de LS foi utilizado inicialmente em 1974 no artigo *Health education as social policy*, profundamente relacionado com a promoção da saúde (16), mas foi somente no final dos anos 90 que surgiram as primeiras definições.

Em 1998, a OMS definiu o conceito de LS como “*competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem a informação de maneira a que promovam e mantenham a boa saúde*” (20) e em 1999 um relatório do Conselho Científico, da *American Medical Association*, apresentou a seguinte definição: “*a capacidade de ler e compreender prescrições, bulas de medicamentos, e outros materiais essenciais relacionados com a saúde requeridos para, com sucesso, ser possível o funcionamento como doente*” (21).

Mas, é em 2005 que se acrescenta a componente social, tomando o conceito de literacia a seguinte definição: “*capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo dos cidadãos sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades*” (22), esta é considerada a definição mais completa e integradora.

Uns anos após, em 2012, a OMS e o Consórcio Europeu para a LS adotaram uma definição mais ampla. “*A literacia em saúde está ligada à literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida*” (9). Embora existam muitas definições para a LS, esta é a definição adotada neste trabalho, pois focaliza-se na prevenção da doença e na promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida.

2.2 Níveis de literacia em saúde

A LS é constituída por duas componentes fundamentais, as tarefas que estão associadas à leitura de um texto básico ou à escrita de frases simples, e as competências para realizar essas tarefas (23). A LS apresenta também três níveis:

1. Níveis de literacia básica/funcional: são as capacidades adequadas para ler e escrever, que permitem a plena atividade na vida quotidiana;
2. Níveis de literacia interativa/comunicativa: são as capacidades cognitivas avançadas que, com as competências sociais, permitem participar nas atividades diárias de forma a captar diversa informação e conceitos e aplicá-la em diferentes contextos;
3. Níveis de literacia crítica: são as capacidades cognitivas avançadas que, com as competências sociais, são utilizadas de forma crítica para avaliar a informação e usá-la para maior domínio nas situações da vida (23).

Portanto, a LS refere-se à forma como os doentes apreendem a informação acerca da saúde e como a utilizam na sua vida para tomar decisões. O doente vai passando de um desempenho passivo na literacia funcional, para um desempenho ativo na literacia interativa e, por fim, para um desempenho proativo na literacia crítica.

O desenvolvimento destas capacidades e a passagem de um nível passivo para um desempenho proativo trazem benefícios individuais e para a comunidade (18).

Os benefícios individuais traduzem-se em:

- Melhor conhecimento dos riscos;
- Cumprimento de ações prescritas;
- Melhor capacidade de agir de forma independente;
- Melhor motivação e autoconfiança;
- Maior resiliência individual à adversidade.

Os benefícios para a comunidade levam a:

- Maior participação da população em programas de saúde;
- Melhor capacidade de interagir com grupos sociais;
- Melhor capacidade de agir sobre os determinantes sociais e económicos da saúde;
- Melhor capacitação da comunidade (18).

O interesse na LS tem crescido muito durante as últimas décadas e as mudanças sociais têm vindo a dar origem a alterações nos sistemas de saúde (23). Tem-se vindo a verificar a mudança de um modelo paternalista, em que os profissionais de saúde tomam decisões pelos doentes, para um modelo de saúde colaborativo e participativo, no qual os doentes têm acesso à informação e fazem escolhas informadas acerca da

sua saúde. Assume-se que a LS tenha contribuído para a mudança deste paradigma e também para o impacto na melhoria do estado de saúde do doente, na redução dos custos nos cuidados de saúde e na utilização indevida dos serviços de saúde (16).

2.3 Relação entre literacia em saúde e as características sociodemográficas

O nível de LS de um indivíduo ou população específica, num determinado momento, é condicionado ou definido por determinadas características sociodemográficas, sendo que neste estudo abordam-se as seguintes: o género, a idade, o nível de escolaridade, a situação profissional e a doença crónica (24).

Na literatura a LS é comumente descrita como um fator que contribui para a existência de diferentes níveis de literacia que se concentram nomeadamente na idade, no nível de escolaridade e na doença crónica (25). As características pessoais, como a visão, a audição, a capacidade de expressão, memória, raciocínio, capacidade física, conhecimentos sociais e capacidades associadas à leitura, compreensão e numeracia, também influenciam os níveis de LS (26).

Os estudos dividem-se sobre a influência do género na participação, contudo revelam que as mulheres têm um nível ligeiramente mais alto de LS do que os homens (27) e que é o género feminino que demonstra maior interesse na tomada de decisão (8).

Relativamente à idade, verifica-se que o nível de LS diminui à medida que a idade aumenta (16) (28). Os idosos, geralmente, estão menos interessados no processo de tomada de decisão, independentemente do seu estado de saúde (8) (29). Duas décadas de pesquisa indicam que a informação de saúde de hoje é apresentada de uma forma que não é compreendida pelo adulto médio. Cerca de nove em cada dez adultos têm dificuldade em utilizar a informação de saúde que está diariamente disponível nas unidades de saúde, lojas, *media* e comunidade (30). Um nível baixo de LS está associado também a piores resultados na saúde infantil, maiores custos com assistência médica e altas taxas de mortalidade (31).

A educação é fundamental para o desenvolvimento da LS, no ensino superior os níveis de literacia são excelentes e adequados, enquanto na escolaridade baixa, até ao básico, os níveis de literacia são problemáticos e inadequados (28). Os doentes com níveis baixos de escolaridade e com literacia limitada (32) são mais propensos a ter uma saúde precária (16). Nalguns países o acesso limitado à educação significa redução da saúde e bem-estar (24) (26). A frequência da escolaridade faculta ao doente várias capacidades para apreender conhecimentos, que contribuem para o aumento dos seus níveis de LS e o ajudam no percurso nos cuidados de saúde (33).

No que concerne à situação profissional, os desempregados e os reformados revelam níveis baixos de LS quando comparados com os ativos e os estudantes (16) (34).

O conhecimento limitado em saúde atinge todas as idades, raças, nível económico e de educação, mas a LS limitada afeta desproporcionalmente grupos de deficiente nível socioeconómico e minoritários (30).

A baixa LS tem um impacto direto e significativo em particular nos grupos vulneráveis, nos doentes idosos e crónicos. São estes os grupos com maior necessidade de cuidados de saúde que mostram precisamente menor capacidade de ler e compreender as informações de saúde (16). Estes grupos possuem menos conhecimentos e menores autocuidados das doenças crónicas e do seu tratamento, menores taxas de adesão aos regimes de medicação, menor uso de serviços preventivos e rastreio da doença, bem como maiores dificuldades para manter horários de consulta ou deslocação dentro dos serviços de saúde (24) (35). Os doentes crónicos que apresentam níveis baixos de LS também recorrem com maior frequência e indevidamente aos serviços de saúde, levando ao possível aumento da utilização dos serviços de cuidados intensivos (36). Um nível de LS limitado é reconhecido como um fator de risco para diferentes doenças crónicas (12) (37), particularmente: a obesidade (13) (38); a diabetes (39) (40), as doenças cardiovasculares (41) e o cancro (42).

2.4 Relação entre literacia em saúde e a segurança dos cuidados

Os doentes com um nível baixo de LS têm maior dificuldade em pesquisar, selecionar, ler e assimilar a informação. A baixa LS tem um efeito profundo na vida quotidiana dos doentes e na sua autoestima e está associada à pior saúde, traduzindo-se nos seguintes resultados:

- Agravamento do estado de saúde;
- Pouca adesão à terapêutica e erros na toma da medicação;
- Taxas elevadas de hospitalização e de reinternamentos;
- Maior utilização dos serviços de urgência;
- Taxas elevadas de morbilidade e de morte prematura;
- Adoção de comportamentos de risco para a saúde;
- Capacidade diminuída para tomar decisões de saúde adequadas e comunicar com profissionais de saúde;
- Má gestão de doenças crónicas (diabetes, asma, obesidade, entre outras);

- Menor participação em ações de prevenção da doença e promoção da saúde (11) (16).

Neste sentido, a baixa LS pode afetar diretamente a segurança na prestação dos cuidados de saúde, sendo uma barreira para a obtenção de cuidados de saúde adequados e uma das principais barreiras à participação do doente, isto é, ao envolvimento do doente na tomada de decisão (8). Os doentes devem deter capacidade para comunicar as suas necessidades, o que requer motivação e o empoderamento nas relações entre profissionais de saúde doentes e serviços de saúde (43).

Ajudar os doentes a entender as informações e instruções de saúde é essencial para envolver os doentes para melhorar a sua própria saúde e segurança (27).

Os esforços que o governo tem vindo a adotar para melhorar a LS na segurança dos cuidados não são recentes, o relatório *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*, de 1993, recomendou três objetivos:

1. Melhorar as capacidades linguísticas gerais e dos níveis de literacia dos doentes;
2. Melhorar os níveis de LS para permitir que os doentes façam escolhas informadas;
3. Melhorar os níveis de LS para que os doentes possam desempenhar um papel ativo na mudança para melhorar o seu estado de saúde (26).

O aumento da LS pode melhorar a acessibilidade, a qualidade, a SCS, reduzir custos, melhorar a saúde e a qualidade de vida dos doentes. A LS é parte de um processo de cuidado centrado no doente (30). Doentes com melhores níveis de LS participam ativamente na tomada de decisão em relação à sua saúde (8), o que indica que podem ter uma participação determinante no aumento da segurança dos cuidados (44).

Tendo em conta o pressuposto de que níveis elevados de literacia estão associados à participação dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados (44) (45), em 2006 a OMS definiu o programa *Patients for Patient Safety*, com o objetivo de colocar o doente no centro do movimento pela SCS (5). Desde então, através de um esforço coordenado, a participação dos doentes, famílias/cuidadores e profissionais de saúde tem vindo a evoluir na SCS.

Os doentes são os únicos que estão sempre presentes em todas as etapas da prestação de cuidados, o que lhes permite contribuir significativamente nessa prestação. Os doentes são capazes de reconhecer uma série de dificuldades na SCS e de participar em estratégias de comunicação para prevenção do erro. A LS influencia a saúde dos doentes, bem

como a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde que estão associados a vários riscos, destacando-se a comunicação como o principal (46). A ausência de comunicação é o fator que mais se verifica em erros médicos, contribuindo para a principal causa raiz de 68% de quase 3.000 incidentes (47). Muitos dos problemas são de comunicação entre profissionais de saúde, outros entre profissional-doente e vice-versa, sobre informações necessárias para garantir a compreensão do doente. Por exemplo, a prevalência de doenças crônicas tornou o sistema fortemente dependente da capacidade dos doentes e seus cuidadores (27).

Os riscos associados à LS fornecem uma base sólida para estruturar os sistemas de saúde para a prevenção de erros, que podem ser projetados e modificados para melhorar a qualidade e a segurança (25). Um ambiente seguro em cuidados de saúde, com eventos adversos mínimos, é aquele em que os doentes tomam decisões de saúde informadas, sabem o que precisam de fazer e não sentem vergonha ou constrangimento. Os prestadores de cuidados de saúde devem reconhecer, antecipar e atuar sobre possíveis danos ou riscos para o doente e mitigar ou evitar riscos através de mudanças de sistemas (33). Neste sentido, profissionais e sistemas de saúde têm a responsabilidade compartilhada para:

- Minimizar o risco e criar um ambiente de cuidados de saúde seguro para todos os doentes, especialmente para os que detêm menor LS;
- Desenvolver respostas centradas no doente à exposição ao risco;
- Confiar no sistema para suportar cuidados consistentes de alta qualidade;
- Pesquisar dados disponíveis, evidências emergentes e práticas para melhorar a compreensão e reduzir o risco do doente;
- Enfatizar o trabalho em equipa e a colaboração com todo o sistema (8).

O impacto da LS limitada é reconhecido como um problema da SCS e pode afetar o diagnóstico e tratamento médicos (48). Os métodos e estratégias para promover a participação do doente na SCS podem dividir-se em três tipos, com métodos concretos de implementação e objetivos distintos:

1. Estratégias de mobilização dos doentes para a sua segurança: o principal objetivo é a identificação de situações, com base na experiência dos doentes, que possam contribuir para que o tipo de incidente no qual estiveram envolvidos não volte a acontecer, como exemplo temos os sistemas de notificação de incidentes de segurança que incluem os doentes como notificadores ativos;

2. Estratégias para promover a participação ativa do doente na prevenção de incidentes: incluir o doente nas questões relacionadas com a sua segurança, nomeadamente na prevenção de incidentes diretamente ligados com a administração da medicação. É uma questão problemática em todas as áreas do sistema de saúde, sendo considerada a primeira causa de incidentes de segurança tanto no ambiente hospitalar como no domicílio;
3. Estratégias para solicitar e utilizar a informação relevante que os doentes podem fornecer: a metodologia e ferramentas para pedir ao doente as informações necessárias para identificar problemas de segurança encontra-se razoavelmente bem desenvolvida. Contudo, existe muita informação geral que acaba por ser desprovida ou confusa para as intervenções a melhorar, noutros casos, a questão prende-se com a subutilização da informação, o que resulta numa série de adversidades organizacionais e profissionais. Entre as barreiras organizacionais está a falta de infraestrutura para melhorar a qualidade, o que dificulta a tomada decisão. Entre as barreiras profissionais estão as atitudes defensivas ou céticas em relação às dificuldades de comunicação entre doente-profissional de saúde (48).

Também o relatório *Patient Safety 2030*, publicado em 2016, estabelece as prioridades para os próximos 15 anos na segurança dos cuidados (49). Outra iniciativa da OMS é a *World Alliance for Patient Safety* que tem como objetivo a partilha da experiência dos doentes, a fim de mobilizar outros doentes e instituições de saúde para que o tipo de incidente no qual estiveram envolvidos não aconteça novamente (50). A partilha da experiência dos doentes pode melhorar os sistemas de saúde (48). Esta iniciativa está a enraizar-se num número crescente de sistemas de saúde. A título de exemplo, em Espanha foi implementada a "Declaração e comprometimento dos doentes para a segurança do Serviço Nacional de Saúde", acordada na Conferência Internacional sobre Segurança do Doente, em 2007 (48).

2.5 Instrumentos de medição para avaliar a literacia em saúde

Vários instrumentos foram desenvolvidos para medir a LS com base nas capacidades dos doentes para aceder, compreender, avaliar, comunicar e usar informações relacionadas com a saúde na tomada de decisões. Ao utilizarem-se medições objetivas (teste direto de avaliação das capacidades) ou subjetivas (autoperceção das capacidades) identificam-se pilares centrais da LS (51). Desta forma, vários

investigadores desenvolveram instrumentos de avaliação e apresentam três tipos de medição para avaliar a LS:

1. Medição objetiva – desenvolve instrumentos através de testes diretos para avaliar as capacidades dos doentes, de que são exemplos:

1. *METER, Medical Term Recognition Test*, desenvolvido nos Estados Unidos por Rawson et al., em 2009, é uma breve ferramenta de triagem e inclui 40 palavras médicas e 40 palavras não médicas (52), utilizadas do instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*. Indicado para doentes com pouca capacidade de leitura na área da saúde pública e cuidados primários, não valoriza a compreensão nem a capacidade numérica (24);
2. *Talking Touchscreen*, criado por Yost et al., em 2009, permite a avaliação bilingue da LS (53). Com base nos itens utilizados no *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)* (54), este instrumento desenvolve um novo conjunto de itens para avaliar prosa, documentos e literacia quantitativa de certas doenças relacionadas com o estilo de vida, bem como questões relacionadas com seguros e direitos dos doentes (53);
3. *CHC Test*, desenvolvido por Steckelberg et al., em 2009, mede competências críticas de saúde, apresenta 72 itens divididos em 4 dimensões: compreensão de conceitos médicos, pesquisa de literatura, estatísticas básicas e projeto de experiências e amostras (55);
4. *SAHL-S&E, Short Assesment of Health Literacy in Spanish and English populations*, criado por Lee et al., em 2010, permite a avaliação bilingue nas populações de Espanha e Inglaterra através da capacidade de ler e entender o idioma, é constituído por 32 termos relacionados com a saúde em geral (56);
5. *Health and Financial Literacy*, criado por James et al., em 2012, avalia a LS no contexto financeiro. Utiliza 9 itens relacionados com o seguro de saúde, a carga da doença e os conhecimentos sobre medicação (57).

2. Medição subjetiva – desenvolve instrumentos para avaliar a autoperceção das capacidades compreendidas pelos doentes e utilizam um conceito multidimensional de LS, através da integração de vários domínios e de vários fatores associados à LS, são exemplos deste tipo de medição:

1. *MHLS, Methodology and validation of Health Literacy Scale*, concebido em Taiwan por Tsai et al. em 2011. Constituído por 63 itens com 4 dimensões e vários domínios: obtenção, compreensão e processamento de informações

relacionadas com a promoção da saúde, sintomas da doença, diagnóstico e tratamento (58);

2. *HLS-CH, Swiss Health Literacy Survey*, criado por Wang et al., em 2012, contém 127 perguntas sobre 30 competências de informações e tomada de decisões críticas, capacidades cognitivas e interpessoais (59);
 3. *AAHLS, All Aspects of Health Literacy*, formulado por Chinn et al., em 2012 (60), avalia a LS com base na estrutura de Nutbeam (26), mede a literacia funcional, comunicativa e crítica, utiliza 14 itens: 4 de literacia funcional; 3 de literacia comunicativa; 4 de literacia crítica e 3 de empoderamento;
 4. *HELMS, Health Literacy Management Scale*, desenvolvido por Jordan et al. em 2013. Avalia as capacidades genéricas e modificáveis dos doentes e o seu ambiente mais próximo. Engloba vários domínios: atitudes dos doentes em relação à saúde, pro-atividade, acesso, compreensão, uso das informações e comunicação com os profissionais. Destina-se à população adulta e a qualquer grupo de doentes. É composto por 29 itens agrupados em 8 domínios (61);
 5. *MAHL, Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy*, concebido por Massey et al. em 2013. Avalia a LS de forma dinâmica, aborda a interação com o sistema de saúde, os direitos, responsabilidades e informação sobre saúde. Desenvolvido com itens de outros instrumentos, identificando partes relevantes, modificando-os e complementando-os por novos itens (62).
3. Medição mista – desenvolve instrumentos que permitem a combinação dos testes diretos com a avaliação da autoperceção das capacidades percebidas dos doentes. A medição mista harmoniza as vantagens da objetiva e da subjetiva, diminuindo possíveis dificuldades, existindo os seguintes instrumentos:
1. *HLSI, Health Literacy Skills Instrument*, desenvolvido por McCormack et al. em 2010. Contém 25 itens com estímulos de saúde reais, aborda capacidades de procura de informações impressas, orais, quantitativas e baseadas na *internet*. Avalia literacia impressa, numeracia, oral e mediática (34);
 2. *Canadian Exploratory Study*, formulado por Begoray et al. em 2012. Estudo explicativo com o objetivo de definir uma medição para a LS, combina 9 itens de autoperceção com perguntas abertas qualitativas, relacionadas com o acesso, a compreensão, a avaliação das informações de saúde e a capacidade de comunicação do doente (63);
 3. *HL of Canadian High School Students*, desenvolvido por Wu et al. em 2010. Mede a LS de estudantes do ensino médio, utiliza 11 pontos de várias fontes:

- internet*, centros de saúde, educação em saúde e materiais de *media*. Em 47 itens analisa a compreensão e a interpretação das informações (64);
4. *SLS and SNS, Subjective Literacy Scale and Subjective Numeracy Scale*, criado por McNaughton et al. em 2011. Contém 11 itens que combina uma medição subjetiva de LS geral e a numeracia. *SLS*: 3 perguntas, cada uma com uma escala de resposta de *likert* de 5 valores; *SNS*: 8 perguntas escritas, cada uma numa escala de resposta de *likert* de 6 valores (65);
 5. *SDPI, Special Diabetes Program for Indians*, desenvolvido por Brega et al. em 2012. Combina itens para medir a literacia documental através da autoperceção e itens para medir a numeracia e testa diretamente as competências quantitativas. Avalia 4 tipos de conhecimento: diabetes geral, uso de insulina, colesterol e pressão arterial (66);
 6. *HLSI-SF, Health Literacy Skills Instrument and Short Form*, concebido por Bann et al. em 2012. Versão resumida com 10 itens que avalia as propriedades psicométricas do *HLSI* (34) e a seleção de itens de melhor desempenho (67);
 7. *HLS-EU, Health Literacy Survey for the European Union*, implementado pelo Consórcio Internacional do Projeto Literacia para a Saúde na União Europeia, em 2012. Implementado em 8 países europeus: Alemanha, Bulgária, Áustria, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia. Aborda uma avaliação mista que mede a saúde funcional e utiliza uma pesquisa de autoperceção com 47 itens. Abrange 3 domínios: cuidados de saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde; e 4 modos: acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação sobre saúde (68).

Nota-se um desenvolvimento crescente de vários instrumentos para medir a LS o que permite uma operacionalização profunda e abrangente ajudando assim a melhorar a medição. Quase todos os instrumentos aplicam a literacia impressa e a numeracia e, em alguns casos, a literacia oral.

2.6 Níveis de literacia em saúde em Portugal

Dados disponíveis permitem-nos conhecer os níveis de LS em Portugal através de um questionário (16) (17) adaptado do *Health Literacy Survey for the European Union* (68). Os níveis de literacia em Portugal, quando comparados com os dos países europeus (16) (69), revelam que 61% da população têm um nível de LS geral problemático e

inadequado de 61%, a média dos 9 países é de 49%. Portugal é o segundo país com menores valores neste índice.

É na dimensão LS de cuidados de saúde que Portugal regista os piores resultados com cerca de 55% (problemático e inadequado), sendo a média dos países europeus de 42%. Relativamente à LS na prevenção da doença no nível problemático e inadequado apresenta um valor de 55%, com média de 44%. Por fim, na dimensão LS na promoção da saúde 60% da população, nos níveis problemático e inadequado, regista uma média de 52% nos 9 países.

Em resumo, Portugal aponta piores níveis de LS nos cuidados de saúde, seguido da LS geral, da promoção da saúde e por último, na prevenção da doença.

Outros estudos efetuados com as mesmas características revelam valores semelhantes aos mencionados, comparados também com os mesmos países europeus (28), embora com amostras diferentes (70).

O *Health Literacy Survey for the European Union* utilizou na sua aplicação uma medição mista. Em Portugal o questionário foi adaptado e aplicada somente a medição subjetiva.

2.7 Estratégias para a promoção da literacia em saúde na segurança dos cuidados

Um grande número de estratégias têm sido implementadas para impedir que a baixa LS se torne um obstáculo em alcançar resultados de saúde adequados. Os profissionais de saúde têm demonstrado maior empatia para melhorar a comunicação, usam recursos complementares, como desenhos, repetem os conceitos-chave, entregam informações escritas relevantes e personalizadas, tal como, no fim da consulta, solicitam ao doente para verbalizar as indicações médicas (24).

O relatório *National action plan to improve health literacy*, divulgado em 2010, apresenta sete medidas com o objetivo de reestruturar a criação e a divulgação de informações de saúde para melhorar a saúde dos doentes:

1. Desenvolver e disseminar informações precisas, confiáveis, acessíveis e práticas;
2. Promover mudanças no sistema que melhorem a informação sobre saúde, a comunicação, a tomada de decisão informada e o acesso;
3. Incorporar informações de saúde precisas, baseadas em padrões e adequadas ao desenvolvimento, no atendimento e educação infantil até ao ensino universitário;
4. Apoiar e expandir os esforços locais para facultar educação aos adultos: ensino de inglês e serviços de informação de saúde cultural apropriados à comunidade;
5. Construir parcerias, desenvolver diretrizes e alterar políticas;

6. Aumentar a pesquisa básica e o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de práticas e intervenções para melhorar a LS;
7. Aumentar a disseminação e a utilização de práticas e intervenções de LS baseadas em evidências (30).

No Reino Unido têm sido desenvolvidas várias prioridades, como exemplo refere-se: o guia para os profissionais de saúde denominado *Seven Steps to Patient Safety* e o sistema *online* para registo de incidentes, voluntário e anónimo, associado aos cuidados de saúde. No espaço de um ano foram reportados 111 “*never events*”, e 57 estão relacionados com a cirurgia realizada no local errado. Os “*never events*” são incidentes graves e evitáveis, existem normas e *guidelines* delineadas para os prevenir (1).

Em Portugal têm vindo a ser desenvolvidos vários programas/projetos/ações para melhorar a LS na segurança dos cuidados ao doente:

- Campanha Nacional da Higiene das Mãos: Medidas Simples Salvam Vidas – baseado no método multimodal da *World Alliance for Patient Safety* da OMS em 2008. Pretende difundir a prática da higienização das mãos de forma uniformizada, abrangente e sustentada, com o objetivo de diminuir as infeções relacionadas com os cuidados de saúde (71);
- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Cirurgia Segura Salva Vidas - implementado em 2009 de acordo com o manual Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 (72);
- Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) - modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária, aprovado em 2009 (73);
- Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) - promovido pela Entidade Reguladora da Saúde em 2008, é um sistema de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde e que inclui a dimensão Segurança do Doente (74);
- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) em 2012, em 2014 assume a denominação Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) (75);
- Comissão da Qualidade e Segurança, criada em 2012 - a quem cabe a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade, de segurança e de humanização nas instituições de saúde (76);
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 - pretende orientar os administradores e os médicos do Serviço Nacional de Saúde na implementação de

medidas e na pesquisa de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (15);

- Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD) - introduzido em 2009 pela OMS, traduzido e publicado pela DGS em 2011. Este documento define a terminologia universal que permite confrontar a informação sobre segurança do doente entre organizações nacionais e internacionais (77);
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 – pretende promover a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos doentes na sua ligação com o sistema de saúde (14);
- Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais (78) e nos Cuidados de Saúde Primários (79) – questionário implementado em 2014 pela DGS, dirigido a todos os profissionais de saúde;
- Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” 2017 - visa o aumento da participação e da literacia dos doentes na SCS e a melhoria da cultura de segurança das instituições (19);
- Biblioteca de Literacia em Saúde, Área do Cidadão, Serviço Nacional de Saúde 2017 - divulga recursos que configuram boas práticas de literacia e educação para a saúde. Tem o objetivo de promover o acesso dos cidadãos à informação sobre saúde, tornando-os mais autónomos em relação à sua saúde e à saúde dos que os rodeiam (80).

Todas as intervenções, ações, programas ou procedimentos que colaboram na redução do risco e que melhoram a SCS acrescentam valor clínico, económico e social. Em Portugal várias medidas têm sido implementadas nesse sentido, como exemplo temos:

- As normas de orientação clínica emitidas pela DGS e as auditorias internas respeitantes;
- A identificação inequívoca dos doentes, através da identificação fidedigna e da pulseira de identificação dos doentes;
- A segurança na utilização da medicação: mudança de rótulos ou embalagem de medicamentos no que diz respeito aos medicamentos de alerta máximo e aos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (*Look Alike Sound Alike* - LASA);
- A prescrição eletrónica: receita sem papel;
- A reconciliação terapêutica;

- A prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente (contenção de doentes);
- A prevenção de quedas;
- A prevenção de úlceras de pressão;
- A prevenção de infeções e de resistência aos antibióticos;
- As precauções básicas do controlo de infeção.

A segurança do doente é a ausência de danos evitáveis ao mesmo durante o processo de assistência médica e a redução do risco de danos evitáveis associados aos cuidados de saúde. Em termos gerais, as estratégias para melhorar a segurança do doente concentram-se no envolvimento deste no autocuidado, nos sistemas de notificação de incidentes e na mudança de sistemas de cuidado e comportamento profissional. Logo, existe um interesse crescente em efetuar um diagnóstico da literacia que os doentes detêm em saúde a fim de adotar as devidas estratégias.

3. Objetivos

Importa conhecer o nível de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde e avaliar a relação entre as características sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, situação profissional e doença crónica), e os diferentes níveis de literacia. Analisar estes objetivos permite a promoção e implementação de estratégias dirigidas, que visam capacitar os doentes para a tomada de decisão informada na segurança dos cuidados e consequentemente aumentar os seus níveis de literacia.

Assim, o presente estudo pretende:

- Caracterizar o nível de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde;
- Avaliar a relação entre as características sociodemográficas e os níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde.

4. Metodologia

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo que se baseou no questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, construído e aplicado pela DGS. Foi distribuído a doentes adultos em nove instituições de saúde do país (81).

4.2 População em estudo

A população em estudo incluiu os doentes com idade ≥ 18 anos (81) que recorreram a nove instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde em Portugal (Tabela 1). Abrangeu instituições exclusivamente do setor empresarial (Entidades Públicas Empresariais - EPE), identificadas no despacho 6430/2017 de 25 de julho (19), no âmbito do Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”.

Tabela 1 - Instituições de Saúde selecionadas

Centro Hospitalar de Leiria, EPE
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

O questionário não foi entregue nos serviços de Obstetrícia, de Pediatria, de Psiquiatria e nos Cuidados de Saúde Primários; o mesmo não foi facultado a doentes que não sabiam ler e/ou escrever e ainda a doentes que não consentiram participar (81).

Na caracterização da amostra, para cada característica sociodemográfica, foram incluídos todos os respondentes que apresentaram resposta em cada uma das questões 1-5: género, idade, nível de escolaridade, situação profissional e doença crónica. O Anexo 1 contém o número de casos omissos em cada característica sociodemográfica, os quais variaram entre 0 casos (género) e 31 casos (idade).

Para a caracterização dos níveis de literacia da questão 6-40 a média do número de respostas relativas às opções não aplicável e não respondeu foram identificadas no Anexo 2, as quais variaram entre 3 (não respondeu) e 13 (não aplicável). Nas áreas prioritárias, questão 18-40, estas variaram entre 3 e 65 (não aplicável) e entre 4 e 12 (não respondeu), conforme Anexo 3.

4.3 Questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”

O questionário utilizado neste estudo – “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” (LSCS) – teve como objetivo avaliar a autoperceção dos doentes na SCS (81). Foi desenhado pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da DGS, no âmbito do Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” (19). O questionário pode ser consultado no Anexo 4.

O questionário foi estruturado em duas dimensões (Tabela 2). A primeira com 5 questões que incidiram nas características sociodemográficas. A segunda dimensão com 35 questões relativas à LSCS, das quais 12 sobre LS geral (questão 6-17) e 23 (questão 18-40) diretamente relacionadas com as áreas prioritárias (81), definidas no referido despacho (19). Constituiu-se por 35 questões de resposta fechada e utilizou uma escala de *likert* com quatro níveis: muito fácil, fácil, difícil e muito difícil; a que se acrescentou ainda a opção não aplicável. Na introdução das respostas na base de dados para o estudo foi necessário acrescentar a opção não respondeu, para as situações em que se verificou ausência de resposta (81).

Tabela 2 - Estrutura do questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”

N.º questão	Dimensões	Questões
1	Caraterísticas sociodemográficas	Género
2		Idade
3		Nível de escolaridade
4		Situação profissional
5		Doença crónica
6-17	LSCS	Literacia em Saúde geral
18-22		Segurança na Utilização da Medicação
23-26		Promoção da Higiene das Mãos
27-31		Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos
32-33		Prevenção de Úlceras de Pressão
34-36		Prevenção de Quedas
37-40		Segurança Cirúrgica

A validação do questionário foi efetuada pelo DQS, num grupo de trabalho que incluiu a autora e teve duas etapas:

1. O questionário foi analisado em reunião de grupo de trabalho com os representantes das Comissões da Qualidade e Segurança, das Ligas dos Amigos e das Associações de Doentes de cada instituição. Desta análise resultaram várias propostas, nomeadamente na alteração de vocabulário;
2. Para avaliar a validade e fiabilidade do questionário foi realizado um pré-teste no Hospital Distrital de Santarém, EPE em 14 de novembro de 2017, a uma amostra de 37 doentes. Após o tratamento estatístico não se verificou necessidade de efetuar alterações no conteúdo e na sua estrutura. O questionário apresentou uma fiabilidade global no coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0,93, que revelou uma consistência muito boa por ser superior a 0,9 (81).

4.4 Recolha de dados

A recolha de dados decorreu nas instituições participantes entre os dias 20 a 24 de novembro de 2017 e foi operacionalizada pelos representantes das Comissões da Qualidade e Segurança, das Ligas dos Amigos e das Associações de Doentes de cada instituição (81).

O questionário foi entregue ao doente em suporte de papel e colocado, pelo próprio, em caixa destinada para o efeito, a fim de ser garantida a privacidade e confidencialidade. Foram distribuídos nas diversas valências de cada instituição e abrangeram a consulta externa, o internamento, o serviço de urgência, o hospital de dia, a cirurgia de ambulatório e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (81).

O número de respondentes a incluir na amostra foi definido pelo DQS, utilizando uma amostra não-probabilística de conveniência, com base no total de consultas hospitalares de cada instituição. Considerou-se um nível de confiança de 95% e admitiu-se 5% para o nível de precisão (81).

Na Tabela 3 está representada a dimensão da amostra pré-definida para cada uma das instituições de saúde, bem como o número total de respondentes (*n*).

Tabela 3 - Dimensão da amostra pré-definida e número total de respondentes (*n*) por instituição

Instituições de Saúde	Amostra pré-definida	<i>n</i>
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	37	40
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	143	158
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	126	196
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	41	49
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	155	175
Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE	48	52
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	15	17
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	18	18
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	16	16
Total	599	721

4.5 Análise dos dados

A partir da base de dados realizou-se, primeiramente, a análise de consistência interna através do coeficiente *Alfa de Cronbach*, para os 35 itens do questionário (questões 6-40). A escala para interpretação do coeficiente está disponível no Anexo 5.

Procedeu-se à análise estatística descritiva e fez-se a descrição das características sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, situação profissional e doença crónica). A idade foi agrupada em quatro classes: 18–44 anos, 45–64 anos, 65–80 anos e +81 anos.

Para apurar os resultados dos níveis de LS geral foram consideradas as questões 6-17 (12 itens). Nas áreas prioritárias foram consideradas as questões 18-40 (23 itens), agrupadas da seguinte forma: 18-22 Segurança na Utilização da Medicação; 23-26 Promoção da Higiene das Mãos; 27-31 Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos; 32-33 Prevenção de Úlceras de Pressão; 34-36 Prevenção de Quedas e 37-40 Segurança Cirúrgica. Para a avaliação dos níveis de LSCS foram consideradas as questões 6-40 (35 itens). As respostas foram agregadas por escala de avaliação (muito fácil a muito difícil), onde foi encontrado o valor médio de respostas para cada nível da escala.

Na análise da associação entre as variáveis, e tendo em consideração que a literacia é uma variável dependente ordinal e que as características sociodemográficas são variáveis independentes, foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- Género (variável nominal): teste do Qui-quadrado (χ^2) de *Pearson*;
- Idade (variável quantitativa): *Rho de Spearman*;

- Nível de Escolaridade (variável ordinal): *Rho de Spearman*;
- Situação profissional (variável nominal): teste do Qui-quadrado (χ^2) de *Pearson*;
- Doença Crónica (variável nominal): teste paramétrico de *Mann-Whitney*.

Para esta análise a avaliação global da escala foi obtida através da soma dos *scores* dos 35 itens que a constituem, que variou entre um *score* global mínimo de 35 e um máximo de 140. A classificação do nível de literacia, tendo por base este apuramento, foi realizada através do cálculo dos quartis, o $Q_1 = 43,75$, o $Q_2 = 87,5$ (corresponde à mediana da escala) e o $Q_3 = 131,25$. Assim, obtiveram-se os seguintes pontos de corte:

- $<43,75$ – excelente (muito fácil);
- $[43,75; 87,5[$ - adequado (fácil);
- $[87,5; 131,25[$ - problemático (difícil);
- $\geq 131,25$ – inadequado (muito difícil).

As questões foram codificadas numa escala de resposta que variou de 1, que corresponde a muito fácil, a 4, muito difícil, deste modo a leitura dos resultados da escala deve ser feita no sentido de quanto maior a pontuação menor o nível de LSCS do doente.

A escala utilizada na medição das correlações existentes entre as variáveis está disponível no Anexo 6.

Foram utilizados os *softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics 24)* e o *Microsoft Office Excel*.

4.5 Aspetos éticos

O questionário foi elaborado no âmbito do DQS da DGS a quem foi solicitada a devida autorização para utilização neste estudo (Anexo 7 – pedido e autorização para acesso à base de dados).

O questionário é anónimo e a utilização dos dados foi autorizada pelo doente antes do seu preenchimento, conforme expresso na introdução do questionário: ...*“Ao preencher este questionário está a consentir que a Direção-Geral da Saúde use a informação aqui constante.”*... (Anexo 4 – Questionário).

5. Resultados

5.1 Consistência interna do questionário

O coeficiente *Alfa de Cronbach* apresenta um valor global de fiabilidade de 0,94 para os 35 itens, o que demonstra uma consistência interna muito boa por ser superior a 0,9.

5.2 Caracterização da amostra

Num total de 721 doentes, 428 são do género feminino e 293 do género masculino (Tabela 4). A idade está compreendida entre os 18 e os 93 anos e a média de idades é de 55,64 anos ($\pm 15,7$ anos). O grupo etário onde se verifica maior número de respostas é no grupo 45-64 anos, com 43%. O nível de escolaridade mais representado é o 12.º ano com 26%, seguido do 9.º ano com 23%. Na situação profissional destaca-se o grupo ativo(a) com 45%, seguido do grupo reformado(a) com 39%. Relativamente à doença crónica, 383 doentes (54%) referem que não têm doença crónica e 322 que são portadores de doença crónica (46%).

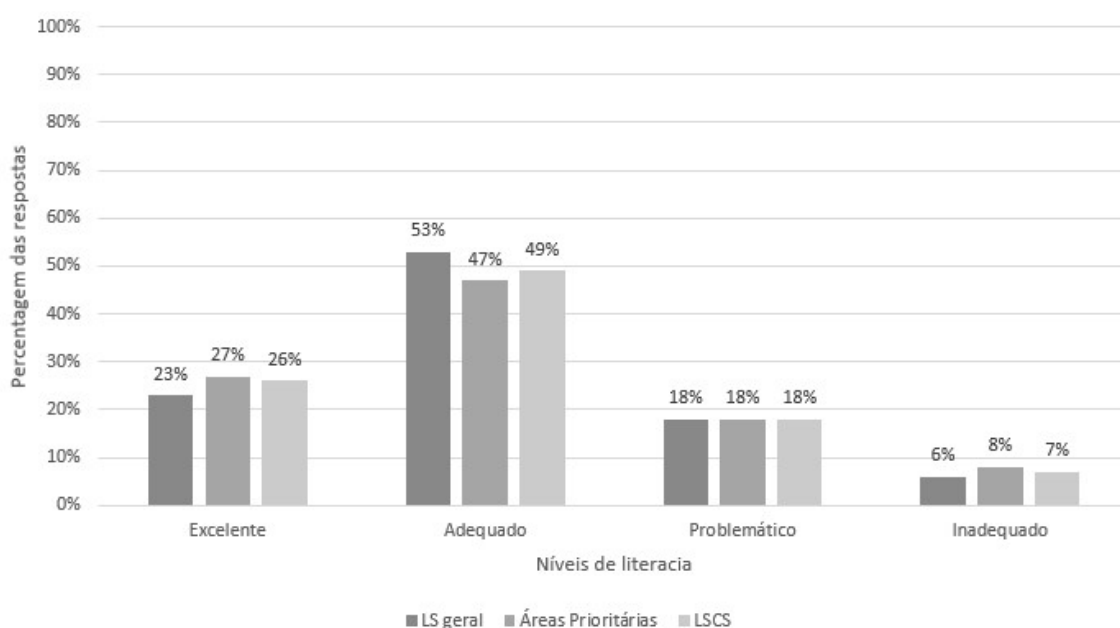
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos doentes

Género	Feminino	428	59%
	Masculino	293	41%
	Total	721	100%
Grupo etário	18-44 anos	170	25%
	45-64 anos	296	43%
	65-80 anos	196	28%
	+ 81 anos	28	4%
	Total	690	100%
Nível de escolaridade	Frequência ensino primário/1.º ciclo	73	10%
	4.º ano	151	21%
	9.º ano	167	23%
	12.º ano	190	26%
	Licenciatura	109	15%
	Mestrado	21	3%
	Doutoramento	6	1%
	Total	717	100%
Situação profissional	Estudante	22	3%
	Ativo(a)	322	45%
	Desempregado(a)	95	13%
	Reformado(a)	278	39%
	Total	717	100%
Doença crónica	Com doença crónica	322	46%
	Sem doença crónica	383	54%
	Total	705	100%

5.3 Caracterização dos níveis de literacia dos doentes

No nível adequado é onde se observam os melhores resultados e a LS geral apresenta a maior percentagem com 53% ($n = 378$), seguido da LSCS e das áreas prioritárias (Figura 1). No nível excelente as áreas prioritárias e a LSCS registam os valores percentuais mais elevados com 27% ($n = 191$) e 26% ($n = 181$), respetivamente. No nível problemático todos mostram o mesmo valor percentual com 18%. No Anexo 2 está disponível a média do número de respostas não aplicável e não respondeu.

Figura 1 - Níveis de literacia dos doentes na literacia em saúde geral, nas áreas prioritárias e na literacia para a segurança dos cuidados de saúde



No nível excelente a área prioritária com maior percentagem é a Promoção da Higiene das Mãos com 42% ($n = 303$), num total de 714 doentes nesta área prioritária (Tabela 5). No nível adequado os melhores resultados dizem respeito à Segurança na Utilização da Medicação e à Prevenção de Quedas que regista o mesmo valor de 55% ($n = 392$ e $n = 395$, respetivamente). Tanto no nível problemático como no inadequado, a área prioritária com maior percentagem é a Prevenção de Úlceras de Pressão com 36% ($n = 229$) e 22% ($n = 140$), respetivamente. A área prioritária onde se regista menor percentagem de doentes é na Prevenção de Úlceras de Pressão com 89% ($n = 645$). No Anexo 3 está disponível a média do número de respostas não aplicável e não respondeu por área prioritária.

Tabela 5 - Níveis de literacia dos doentes por áreas prioritárias

Áreas Prioritárias	Excelente	Adequado	Problemático	Inadequado
Segurança na Utilização da Medicação	29%	55%	13%	3%
Promoção da Higiene das Mãos	42%	48%	8%	2%
Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos	22%	38%	28%	13%
Prevenção de Úlceras de Pressão	13%	30%	36%	22%
Prevenção de Quedas	31%	55%	10%	4%
Segurança Cirúrgica	20%	50%	20%	10%

5.4 Relação das características sociodemográficas e dos níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde

Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por género

O género feminino é o que apresenta maior número de respostas no nível adequado com 50% ($n = 207$) e no nível excelente com 28% ($n = 117$) (Tabela 6). Os 285 doentes do género masculino registam percentagem elevada no nível adequado com 49% e no nível excelente com 22% ($n = 64$), valor muito próximo do nível problemático com 21% ($n = 59$). Na análise correlacional apura-se que não existe associação entre a LSCS e o género ($p=0,139$).

Tabela 6 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por género

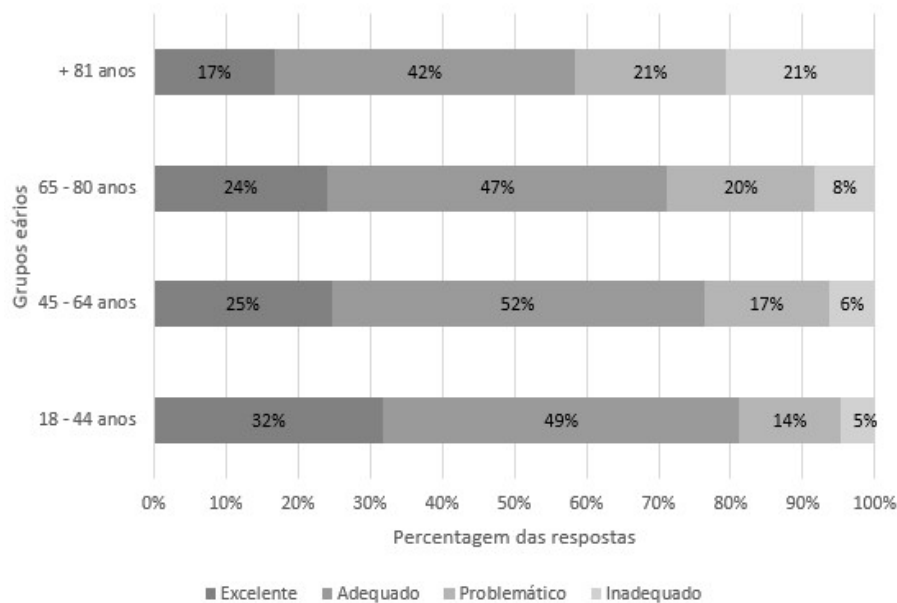
Género	Excelente		Adequado		Problemático		Inadequado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Feminino	117	28%	207	50%	67	16%	27	6%	418	59%
Masculino	64	22%	140	49%	59	21%	22	8%	285	41%
Total	181	26%	347	49%	126	18%	49	7%	703	100%

Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por grupo etário (idade)

O grupo etário 18-44 anos é o que tem percentagem superior de respostas no nível excelente com 32% ($n = 53$) face a 166 respostas totais neste grupo (Figura 2). Com maior frequência, no nível adequado, está o grupo etário 45-64 anos com 149 respostas (52%), num total de 290 respostas neste grupo. O nível problemático regista percentagem elevada no grupo etário com +81 anos em cerca de 21% ($n = 6$), e no grupo 65-80 anos com 20% ($n = 39$). O nível inadequado está mais representado nos

doentes com +81 anos com 21% ($n = 6$), em relação a um total de 27 doentes. Verifica-se que existe associação entre a LSCS e a idade ($p < 0,001$), embora de fraca magnitude ($Rho \text{ de Spearman} = 0,217$). O que indica que quanto maior a idade, menores são os níveis de LSCS, dada a escala utilizada (1 = muito fácil a 4 = muito difícil).

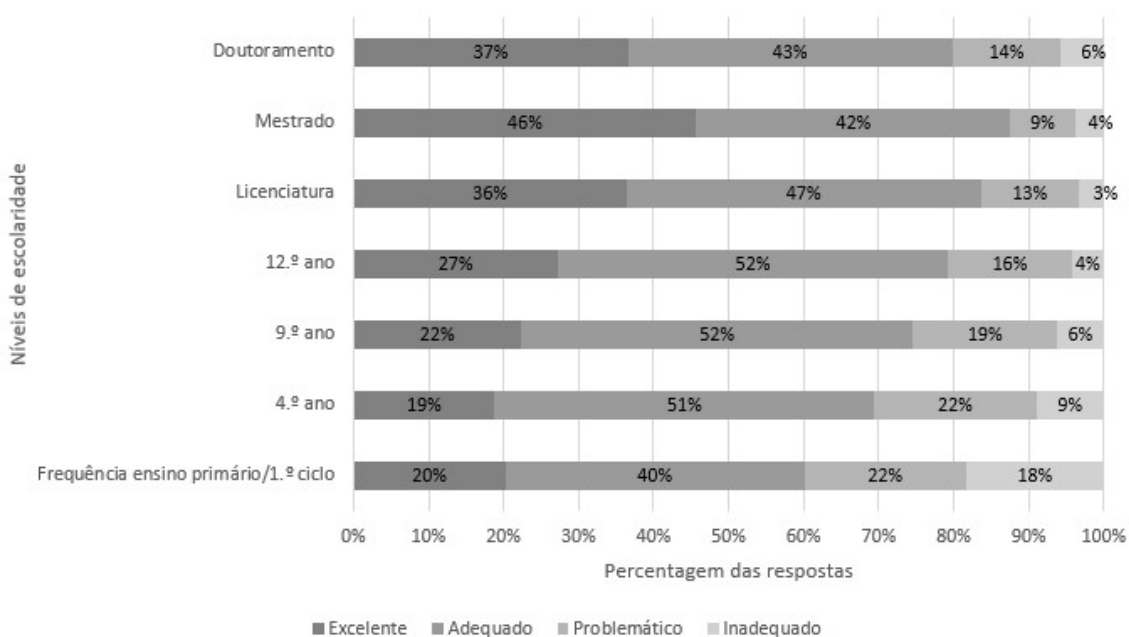
Figura 2 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por grupo etário



Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por nível de escolaridade

À medida que o nível de escolaridade aumenta, a partir do 4.º ano e até ao mestrado, constata-se valores crescentes para o nível excelente atingindo os 46% (Figura 3). No doutoramento verifica-se uma diminuição no nível excelente (37%, $n = 2$) devido ao número total de doentes ($n = 6$) representar cerca de 1% da amostra. No nível problemático e inadequado a partir do 4.º ano e até à licenciatura registam-se valores decrescentes, de 22% até 13% no nível problemático e 9% até 3% no nível inadequado. Existe associação entre a LSCS e o nível de escolaridade ($p < 0,001$; $Rho \text{ de Spearman} = -0,217$) embora de fraca magnitude. O facto do valor do coeficiente ser negativo, indica que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o nível de literacia, ou seja menor o score na escala de literacia.

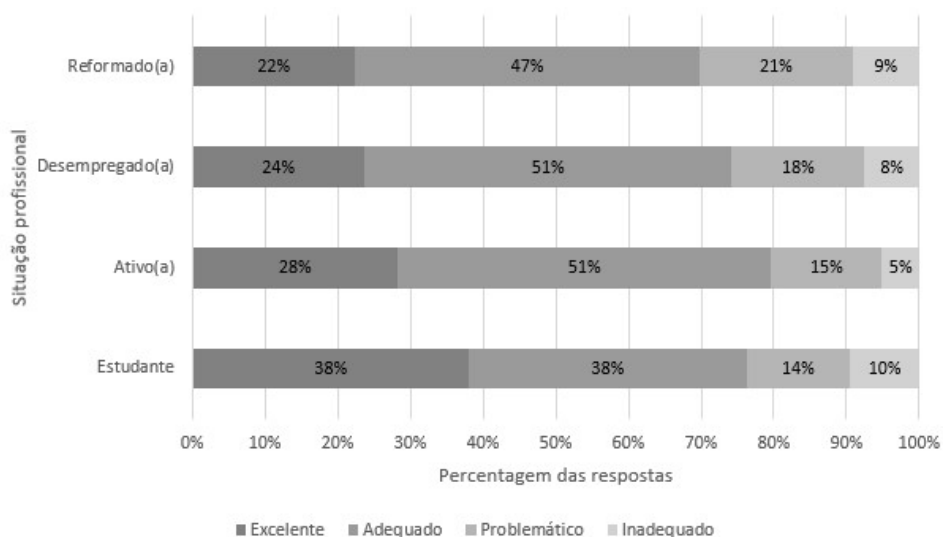
Figura 3 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por nível de escolaridade



Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por situação profissional

A nível profissional constata-se que os ativos, com 80% ($n = 250$) e os estudantes com 76% ($n = 16$) detêm os melhores resultados nos níveis excelente e adequado, num total de 700 doentes (Figura 4). O grupo reformado e desempregado, com 30% ($n = 82$) e 26% ($n = 24$), respetivamente, apresentam resultados no nível problemático e inadequado, com valor superior ao grupo ativo e estudante. A associação entre a LSCS e a situação profissional não é estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Figura 4 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por situação profissional



Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por doença crónica

Num total de 689 doentes, 54% referem não ser portadores de doença crónica e apresentam níveis de literacia superiores no nível adequado com 193 respostas (52% face ao total deste grupo) e no nível excelente com 95 respostas (25%) (Tabela 7). Dos 315 doentes (46% face ao total deste grupo) que afirmam ser portadores de doença crónica apresentam os melhores resultados no nível adequado com 149 respostas (47%) e 80 (25%) no nível excelente. Na análise correlacional verifica-se que não existe associação entre a LSCS e a doença crónica ($p=0,488$).

Tabela 7 - Níveis de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde por doença crónica

Doença Crónica	Excelente		Adequado		Problemático		Inadequado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Com Doença Crónica	80	25%	149	47%	58	18%	28	9%	315	46%
Sem Doença Crónica	95	25%	193	52%	66	18%	20	5%	374	54%
Total	175	51%	342	99%	124	36%	48	14%	689	100%

Níveis de literacia dos doentes por áreas prioritárias segundo as características sociodemográficas

Na Tabela 8 observa-se que na Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos, Prevenção de Úlceras de Pressão e Segurança Cirúrgica a distribuição dos resultados é elevada nos níveis adequado, problemático e inadequado em todas as características sociodemográficas. Enquanto nas outras áreas os resultados situam-se no nível excelente e adequado.

Quanto à Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos verificam-se percentagens acumuladas acima dos 79% nos níveis adequado, problemático e inadequado onde se identificam os doentes do género masculino (83%), com +81 anos (88%) com níveis de escolaridade até ao 4.º ano (86%) e os reformados (84%).

É na área prioritária Prevenção de Úlceras de Pressão que se registam os valores acumulados mais elevados nestes três níveis e o menor número de respostas na escala muito fácil a muito difícil. É a área com maior número de respostas nas opções não aplicável e não respondeu, conforme Anexo 3. Com percentagens acumuladas acima de 89% identificam-se os doentes do género masculino (92%) com +81 anos (96%) com a frequência do ensino primário/1.º ciclo (94%) e os reformados (89%).

Na Segurança Cirúrgica registam-se percentagens acumuladas acima dos 83% nos níveis adequado, problemático e inadequado onde se identificam os doentes do género masculino (83%) com +81 anos (90%) com o 4.º ano de escolaridade (87%), os desempregados e os reformados (83%, cada).

Tabela 8 - Níveis de literacia dos doentes por áreas prioritárias segundo as características sociodemográficas

		Áreas Prioritárias																							
		Segurança na Utilização da Medicação				Promoção da Higiene das Mãos				Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos				Prevenção de Úlceras de Pressão				Prevenção de Quedas				Segurança Cirúrgica			
		Exc	Ade	Pro	Ina	Exc	Ade	Pro	Ina	Exc	Ade	Pro	Ina	Exc	Ade	Pro	Ina	Exc	Ade	Pro	Ina	Exc	Ade	Pro	Ina
Gênero	Feminino	30%	55%	12%	3%	46%	47%	6%	1%	24%	40%	24%	12%	16%	33%	30%	21%	34%	53%	9%	4%	22%	50%	19%	9%
	Masculino	28%	55%	13%	3%	37%	50%	9%	3%	17%	36%	33%	14%	8%	25%	44%	23%	26%	58%	11%	5%	17%	50%	23%	10%
Grupo Etário	18 - 44 anos	36%	53%	10%	2%	49%	45%	6%	1%	29%	39%	21%	11%	13%	27%	38%	21%	38%	53%	7%	2%	27%	50%	15%	7%
	45 - 64 anos	27%	58%	12%	3%	42%	49%	8%	1%	21%	39%	28%	12%	12%	35%	35%	19%	29%	58%	9%	4%	17%	53%	20%	10%
	65 - 80 anos	30%	52%	15%	4%	39%	48%	9%	4%	18%	37%	32%	14%	14%	25%	35%	26%	27%	53%	13%	6%	20%	47%	24%	10%
	+ 81 anos	18%	50%	14%	18%	32%	43%	11%	14%	12%	27%	27%	35%	4%	36%	24%	36%	21%	54%	14%	11%	10%	45%	21%	24%
Nível de Escolaridade	Freq ens prim/1.º ciclo	25%	44%	18%	13%	36%	44%	10%	11%	14%	30%	31%	24%	6%	23%	32%	39%	23%	49%	17%	11%	18%	37%	24%	21%
	4.º ano	22%	58%	16%	4%	33%	53%	12%	3%	14%	38%	32%	16%	10%	28%	40%	21%	23%	57%	14%	6%	13%	52%	20%	15%
	9.º ano	26%	59%	12%	2%	39%	53%	7%	1%	18%	40%	31%	12%	12%	30%	38%	21%	25%	61%	9%	5%	15%	52%	24%	9%
	12.º ano	29%	58%	11%	1%	46%	49%	6%	0%	21%	42%	26%	11%	12%	30%	36%	21%	35%	56%	8%	2%	22%	52%	21%	5%
	Licenciatura	40%	51%	8%	1%	55%	40%	6%	0%	37%	38%	19%	6%	22%	33%	29%	15%	43%	49%	7%	1%	30%	50%	15%	5%
	Mestrado	48%	48%	5%	0%	62%	29%	10%	0%	43%	24%	19%	14%	26%	42%	16%	16%	48%	52%	0%	0%	41%	45%	9%	5%
	Doutoramento	60%	20%	20%	0%	67%	33%	0%	0%	40%	40%	20%	0%	14%	43%	43%	0%	33%	67%	0%	0%	17%	50%	17%	17%
Situação Profissional	Estudante	48%	43%	10%	0%	59%	32%	9%	0%	35%	30%	22%	13%	20%	25%	35%	20%	38%	43%	10%	10%	38%	33%	14%	14%
	Ativo(a)	30%	58%	10%	2%	45%	48%	6%	1%	26%	39%	25%	11%	14%	34%	34%	18%	35%	56%	8%	2%	21%	53%	18%	7%
	Desempregado(a)	26%	56%	14%	4%	39%	52%	8%	1%	18%	40%	28%	13%	34%	23%	24%	19%	28%	58%	10%	4%	17%	51%	19%	13%
	Reformado(a)	28%	53%	15%	4%	39%	48%	9%	4%	16%	37%	31%	15%	11%	26%	38%	24%	27%	55%	13%	6%	17%	47%	24%	11%
Doença Crônica	Com Doença Crônica	29%	53%	14%	4%	43%	47%	7%	4%	22%	36%	26%	15%	13%	30%	36%	22%	30%	53%	11%	6%	20%	47%	20%	12%
	Sem Doença Crônica	29%	57%	12%	2%	41%	50%	8%	1%	21%	39%	29%	10%	13%	30%	36%	22%	31%	57%	9%	3%	19%	52%	21%	8%

Legenda: Exc = Excelente | Ade = Adequado | Pro = Problemático | Ina = Inadequado

6. Discussão

6.1 Discussão metodológica

O questionário LSCS foi construído com o objetivo de avaliar os níveis de literacia dos doentes por autoperceção, o que significa que se trata de um instrumento de medição subjetiva (61) (62). A literatura refere que esta medição estima o conhecimento dos doentes em relação às suas capacidades tendo em conta o ambiente e contexto, que envolvem vários domínios e fatores associados à LS. Esta medição pode trazer algumas limitações, pois só testa a capacidade do doente através da autoperceção e não a sua reação quando confrontado com a situação (51). A utilização de uma medição mista, que englobasse as componentes objetiva e a subjetiva, combinaria um teste direto e a avaliação da autoperceção das capacidades percebidas, pelo que possibilitaria alcançar resultados mais próximos do conhecimento efetivo que o doente detém sobre determinada matéria, porque além de perguntar o grau de conhecimento testaria a assimilação do mesmo. O doente ao ser estimulado com situações reais, como por exemplo: interpretar um guia de tratamento, uma receita médica, a bula de um medicamento, repetir o resumo da consulta, a orientação no acesso, está a atingir, em simultâneo, a compreensão e a aplicação do seu entendimento. Portanto, perante esta limitação, sugere-se a implementação de um questionário que inclua um teste direto e a autoperceção do doente (medição mista) e que permita efetuar o diagnóstico efetivo do nível de literacia dos doentes na SCS. É provável que uma abordagem mais aprofundada revele resultados diferentes.

O questionário é composto por 35 questões sobre LSCS, sendo que as questões 18-40 foram estruturadas de acordo com as seis áreas prioritárias. O número de questões com que cada área foi constituída não é homogéneo, poderiam, por exemplo, cinco áreas apresentar 4 questões e uma das áreas 3 questões. O número de questões varia entre 2 a 5 e existem áreas prioritárias com o seu conteúdo melhor explorado e outras com o conteúdo mais restringido.

O questionário LSCS evidencia-se pela particularidade de abordar questões diretamente relacionadas com a SCS do doente, em áreas identificadas como prioritárias, pelo Ministério da Saúde desde 2015 (14) (15) (19). Contudo, outra das limitações deste estudo é o facto de não permitir a comparação de resultados, por não se encontrarem artigos científicos publicados com a utilização deste questionário.

Para verificar a fiabilidade do questionário utilizou-se o *Alfa de Cronbach*, mas este coeficiente é afetado pelo comprimento e dimensão do questionário, pois não avalia só

a homogeneidade ou uma única dimensão, mas o questionário como um todo. Por um lado, um questionário longo aumenta a fiabilidade, apresentando uma boa consistência no coeficiente de alfa ($>0,9$), mas por outro, também pode criar redundâncias, devido à sua dimensão, que podem afetar a validade e a precisão dos dados (82).

Outra questão metodológica que pode ser tomada como uma limitação é a não desagregação dos resultados por instituição, por não se encontrar homogeneidade no número total de respondentes por instituição. Assim, não foi efetuada essa avaliação por não se considerar que essa análise permitisse comparabilidade.

6.2 Discussão de resultados

De acordo com as pesquisas efetuadas, não se encontrou na literatura portuguesa artigos científicos publicados referentes ao estudo dos níveis de literacia dos doentes na SCS nas seis áreas prioritárias que este questionário abrangeu. Considera-se que este estudo é pioneiro na apresentação de resultados acerca do nível de literacia dos doentes na SCS, numa amostra da população portuguesa em instituições de saúde.

A diversidade de instrumentos aplicados para avaliar os níveis de LS em estudos e as diferentes características sociodemográficas utilizadas para a caracterização da amostra dificultaram, em algumas situações, a comparação dos resultados, nomeadamente na distribuição da idade por grupos etários e na classificação dos níveis de escolaridade.

O nível de LS diferencia-se sempre conforme as características da população, neste caso com as características sociodemográficas estudadas e com o instrumento de avaliação utilizado, uma vez que as capacidades experimentadas podem ser diferentes (83).

A variável género não mostra associação com a LSCS neste estudo. Contudo, nos resultados observados verifica-se que os doentes que detêm melhor literacia são os do género feminino com 78%, no nível excelente e adequado, uma diferença percentual de 7% do género masculino. Os estudos referem que o género não é uma característica sociodemográfica influenciadora dos níveis de literacia (8) mas também evidenciam que as mulheres demonstram maior interesse na participação dos seus cuidados de saúde, o que indica que podem eventualmente apresentar melhores níveis de LS (64).

Neste estudo verifica-se que existe associação fraca entre a variável LSCS e a variável idade. O grupo etário 18-44 anos regista níveis de literacia excelentes e adequados, em cerca de 81%. A literatura refere que os doentes mais novos têm níveis de literacia superiores aos doentes mais velhos, o que significa que à medida que a idade aumenta, diminuiu o nível de literacia (16) (28). Os idosos geralmente apoiam-se na família e/ou

cuidadores e mostram-se menos participativas (8) (29). Isto verifica-se, também, pelo facto de não compreenderem a informação e por sentirem dificuldade em como a utilizar (30). Como os níveis de LS nos adultos de meia-idade e idosos se apresentam baixos, pode haver impacto na compreensão, o que leva a repercussões na tomada de decisão. Os doentes de menor idade demonstram mais interesse e agilidade na pesquisa de informação, o que lhes permite maior entendimento e autonomia na tomada de decisão (45).

Os resultados deste estudo e os de artigos relacionados corroboram que existe associação entre a LSCS e as variáveis idade e nível de escolaridade, e que estas duas características sociodemográficas estão intimamente ligadas (33).

Este estudo indica que a variável nível de escolaridade mostra associação fraca com a variável LSCS, o que significa que os doentes com escolaridade superior possuem melhores níveis de literacia, enquanto os doentes com escolaridade inferior, até ao básico, têm menores níveis de literacia. A literatura indica uma forte associação entre níveis baixos de educação e resultados de saúde mais desfavoráveis (84) (85). A escolaridade pode facultar uma variedade de benefícios que permitem ajudar o doente no seu percurso nos cuidados de saúde (33). Os doentes com níveis baixos de escolaridade estão associados ao recurso indevido aos serviços de saúde, ao menor uso de serviços preventivos, à diminuição da adesão ao regime de medicação, à incapacidade de autocuidado e ao aumento da mortalidade (86). Como a LS parece desempenhar um papel importante na explicação entre os seus níveis baixos e a saúde precária, melhorar a LS dos doentes pode ser uma estratégia útil para reduzir as disparidades na saúde relacionadas com a escolaridade (85). Assim, os esforços para melhorar a LSCS terão que passar pelo aumento dos níveis de escolaridade e incluir um tema de literacia nos programas escolares com a finalidade de se desenvolverem e estimularem os comportamentos em saúde (84).

Relativamente às áreas prioritárias, analisadas neste estudo, observa-se que os resultados críticos encontram-se nos níveis adequado, problemático e inadequado. Estes resultados evidenciam-se na Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos, na Prevenção de Úlceras de Pressão e na Segurança Cirúrgica. É de salientar que entre estas áreas existem quatro indicadores comuns que são: os doentes do género masculino, os doentes com +81 anos, os doentes com frequência do ensino primário/1.º ciclo e os doentes reformados, todos com valores percentuais acima dos 83%.

Mas é na área prioritária Prevenção de Úlceras de Pressão que se registam os valores acumulados mais elevados, que variam entre os 89% e os 92%. Salienta-se que esta

área é constituída somente por duas questões: “Sei o que é uma úlcera de pressão/escara” e “Tomo precauções para prevenir as úlceras de pressão/escara”. Os doentes que responderam a estas duas questões revelam que não sabem o que é uma úlcera de pressão e que não tomam medidas para as prevenir, pelo que se assume a necessidade de melhorar os níveis de conhecimento e de adesão dos doentes às medidas de prevenção.

A úlcera de pressão é uma lesão localizada na pele, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou fricção (87). São complicações dolorosas, muito dispendiosas em termos de tempo e recursos, muitas vezes evitáveis e que ameaçam muitos doentes, especialmente os idosos, em hospitais (cuidados intensivos), lares e no domicílio (87) (88).

Prevenir úlceras de pressão envolve dois passos importantes, rastrear os doentes em risco e implementar, de forma estratégica, medidas de prevenção para esses doentes. A idade avançada e a deficiência nutricional também contribuem para o risco do desenvolvimento de úlceras de pressão (87). A nutrição adequada é fundamental para a preservação da pele e para a duração ideal de cicatrização (89).

Recomenda-se que estes doentes sejam identificados e acompanhados sempre que recorrem a uma instituição de saúde, independentemente da causa de admissão, para garantir que seguem um plano alimentar adequado e supervisionar a conservação da pele.

Há conhecimento de que para prevenir úlceras de pressão o foco deve ser colocado na melhoria da relação entre profissionais de saúde e doente, bem como no reforço do diálogo sobre as medidas de prevenção (89) (90). Para garantir uma participação bem-sucedida, os doentes devem ser ensinados, de forma adaptada, logo na admissão (91). Os profissionais devem garantir que os doentes compreendem o risco de uma úlcera de pressão e como devem agir para atingir as metas de prevenção (91) e garantir que as ações de prevenção são as adequadas para o alívio da dor. O doente ao entender as medidas de prevenção aumenta a sua participação, ou seja, a extensão em que os doentes são ativamente envolvidos na intervenção influencia o seu efeito (90). A equipa deve identificar, também, a capacidade e a motivação do doente para garantir que as ações sejam facilitadas. Da mesma forma, também deve ser verificado se os profissionais de saúde detêm a formação adequada para a prevenção e a aptidão para transmitir esses conhecimentos (87). A atividade de educação continuada fornece aos profissionais de saúde e aos doentes maior segurança e uma visão geral da etiologia das úlceras de pressão, incluindo um exame dos fatores de risco associados ao doente.

Existem programas/projetos e normas de orientação implementados, tanto a nível nacional como internacional. Um dos exemplos a nível nacional é a Escala de *Braden*, que permite a avaliação do risco da úlcera de pressão tanto no hospital como no domicílio (92). Contudo, é necessário efetuar uma análise à prática atualmente utilizada para melhorar a compreensão dos doentes e facilitar o seu papel proativo na prevenção. Os indicadores de Prevenção de Úlceras de Pressão requerem uma revisão de forma a analisar a duração com que os doentes retêm o conhecimento, o que pode ajudar a influenciar a prática e a frequência do método utilizado. O desenvolvimento de uma ferramenta simples, intuitiva e de fácil acesso aos doentes para permitir a notificação de incidentes, que incluísse propostas de melhoria, na Prevenção de Úlceras de Pressão, iria facilitar o acompanhamento a estes doentes. Permitiria, também, aos profissionais de saúde o conhecimento atempado para prevenir as situações de risco, o acompanhamento aos doentes, a monitorização das situações e a implementação de medidas.

7. Conclusões

Este estudo observacional e retrospectivo pretende caracterizar os níveis de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde e avaliar se as características sociodemográficas: género, idade, nível de escolaridade, situação profissional e doença crónica influenciam estes níveis. O estudo recorre ao questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” construído com o objetivo de avaliar os níveis de literacia dos doentes por autoperceção. Os resultados revelam que a maioria dos doentes detêm níveis de literacia excelentes e adequados na segurança dos cuidados de saúde. Esta maioria incide nos doentes do género feminino com 78%, no grupo etário 18-44 anos com 81%, nos do ensino superior com 88%, nos ativos com 79% e nos doentes sem doença crónica com 77%. A literacia para a segurança dos cuidados de saúde e as variáveis idade e nível de escolaridade apresentam associação de fraca magnitude. Os doentes mais jovens estão associados a melhores níveis de literacia e a escolaridade superior está associada a uma melhor literacia.

Numa análise mais detalhada às áreas prioritárias observam-se resultados críticos (no nível adequado, problemático e inadequado) nos doentes do género masculino, com +81 anos, com frequência do ensino primário/1.º ciclo e nos reformados. A Prevenção de Úlceras de Pressão é onde se registam os valores acumulados mais elevados (no nível adequado, problemático e inadequado) e que variam entre os 89% e os 92%.

Este estudo evidencia a necessidade de melhorar a perceção dos doentes sobre Úlceras de Pressão, pois os mesmos revelam ausência de conhecimento no conceito e nas medidas de prevenção. O diálogo entre profissional de saúde e doente deve ser estimulado para que o doente entenda os riscos de uma úlcera de pressão e as medidas a adotar. A prática atual carece de uma revisão de forma a avaliar os indicadores de prevenção e a duração com que os doentes retêm o conhecimento sobre as medidas de prevenção. Esta revisão pode ajudar a influenciar a prática e a frequência com que o doente é esclarecido na abordagem ao conceito e nas suas medidas preventivas.

8. Referências bibliográficas

1. Ramos S, Trindade L. Gestão do risco: segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hosp.* 2011;48:16–20.
2. Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública.* 2011;10:89–95.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human. Building leadership and knowledge for patient safety.* Washington, DC: National Academy Press; 2000.
4. Conselho da União Europeia. Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, Bruxelas, 5 de Junho de 2009. Dossier interinstitucional: 2009/0003 (CNS).
5. Canadian Patients Safety Institute. Patients for patient safety Canada [Internet]. Ottawa, Ontario: Canadian Patients Safety Institute; 2018 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Programs/PPSC/Pages/default.aspx>
6. National Institute for Health Research. NIHR Trainees Coordinating Centre. Patient and public involvement strategy 2013-2015 [Internet]. London: NIHR Trainees Coordinating Centre. National Institute for Health Research; 2013 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <https://www.nihr.ac.uk/funding-and-support/documents/TCC-PPI-Strategy-2013.pdf>
7. Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente. Qué es la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente? [Internet]. Madrid: Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente; 2018 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/Quienes.aspx>
8. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;
9. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Literacia em saúde. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2015.
10. Weiss BD. Health literacy and patient safety: help patients understand: manual for clinicians. Chicago, IL: American Medical Association Foundation; 2008.
11. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med.* 1996;5:329–34.
12. Pignone M, Dewalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2005;20:185–92.
13. Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, Elasy TA, Rothman RL. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity.* 2008;16(8):1966–8.
14. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República. 2.ª série. 102 (27-05-2015) 13550-13553. Estratégia nacional para a qualidade na saúde.
15. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República. 2.ª série. 28 (10/02/2015) 3882-(2)-3882-(10). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020.
16. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2016;34(3):259–75.
17. Espanha R, Ávila P. Health literacy survey Portugal: a contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Comput Sci.* 2016;100:1033–41.
18. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:doi 10.1186/1471-2458-12-80.
19. Despacho n.º 6430/2017. Diário da República. 2.ª série. 142 (25/07/2017) 15407. Literacia para a segurança dos cuidados de saúde.

20. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
21. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council of Scientific Affairs. American Medical Association. Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA J Am Med Assoc.* 1999;281(6):552–7.
22. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2005.
23. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.
24. Basagoiti I, editor. Alfabetización en salud: de la información a la acción. Valencia: Itaca; 2014.
25. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(12):1–22.
26. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):183–4.
27. Gardner LA. Health literacy and patient safety events. *Pennsylvania Patient Saf Advis.* 2016;13(2):58–65.
28. Espanha R, Mendes RV, Fernandes J. Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
29. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Heal Expect.* 2017;20(1):112–9.
30. US Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.
31. Winkelman TNA, Caldwell MT, Bertram B, Davis MM. Promoting health literacy for children and adolescents. *Pediatrics.* 2016;138(6):1–5.
32. Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van Den Broucke S. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–10.
33. Crondahl K, Eklund Karlsson L. The nexus between health literacy and empowerment: a scoping review. *SAGE Open.* 2016;6(2):doi 10.1177/2158244016646410.
34. McCormack L, Bann C, Squiers L, Berkman ND, Squire C, Schillinger D, et al. Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. *J Health Commun.* 2010;15(Suppl. 2):51–71.
35. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2017;38(4):334–41.
36. Clarke JL, Bourn S, Skoufalos A, Beck EH, Castillo DJ. An innovative approach to health care delivery for patients with chronic conditions. *Popul Health Manag.* 2017;20(1):23–30.
37. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns.* 2015;98(1):41–8.
38. Santos O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinol Diabetes Obesidade.* 2010;4:127–34.
39. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, numeracy and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med.* 2009;36(4):324–8.

40. Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: a Danish population-based study. *J Diabetes Res*. 2016;2016:doi.org/10.1155/2016/7823130.
41. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med*. 2008;23(6):723–6.
42. Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, Naeim A. Health literacy, communication and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*. 2009;23(4):369–75.
43. Ricci-Cabello I, Pons-Vigués M, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Slight SP, Valderas JM. Patients' perceptions and experiences of patient safety in primary care in England. *Fam Pract*. 2016;33(5):535–42.
44. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs*. 2003;12:501–8.
45. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Priorities for action: recommendations from an international roundtable on health literacy and chronic disease management. *Health Promot Int*. 2017;32(4):743–54.
46. American Medical Association Foundation. Health literacy and patient safety: help patients understand: reducing the risk by designing a safer, shame-free health care environment. Chicago, IL: American Medical Association Foundation; 2007.
47. McNeil A, Arena R. The evolution of health literacy and communication: introducing health harmonics. *Prog Cardiovasc Dis*. 2017;59(5):463–70.
48. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2009;24(3):109–14.
49. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient safety 2030. London: National Institute for Health Research; 2016.
50. World Health Organization. World alliance for patient safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 Mar 4]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
51. Altin S, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14(1):doi 10.1186/1471-2458-14-1207.
52. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D, et al. The METER: a brief self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2009;25(1):67–71.
53. Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA. Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la pantalla parlanchina: development and pilot testing. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):295–301.
54. Parker RM, Baker DW, Williams M V, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10:537–41.
55. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Rost J, Mühlhauser I. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv Heal Sci Educ*. 2009;14(1):11–22.
56. Lee SYD, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short assessment of health literacy-Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010;45(4):1105–20.
57. James BD, Boyle PA, Bennett JS, Bennett DA. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology*. 2012;58(6):531–9.
58. Tsai T-I, Lee S-YD, Tsai Y-W, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *J Health Commun*. 2010;doi 10.1080/10810730.2010.529488.

59. Wang J, Thombs BD, Schmid MR. The Swiss health literacy survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. *Health Expect.* 2012;17(3):396–417.
60. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns.* 2012;90(2):247–53.
61. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R, et al. The Health Literacy Management Scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):228–35.
62. Massey P, Prelip M, Calimlim B, Afifi A, Quiter E, Nessim S, et al. Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *Am J Heal Behav.* 2013;37(3):342–50.
63. Begoray DL, Kwan B. A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promot Int.* 2012;27(1):23–32.
64. Wu AD, Begoray DL, MacDonald M, Wharf Higgins J, Frankish J, Kwan B, et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot Int.* 2010;25(4):444–52.
65. McNaughton C, Wallston KA, Rothman RL, Marcovitz DE, Storrow AB. Short, subjective measures of numeracy and general health literacy in an adult emergency department setting. *Acad Emerg Med.* 2011;18(11):doi 10.1111/j.1553-2712.2011.01210.x.
66. Brega AG, Jiang L, Beals J, Manson SM, Acton KJ, Roubideaux Y. Special diabetes program for Indians: reliability and validity of brief measures of print literacy and numeracy. *Ethn Dis.* 2012;22(2):207–14.
67. Bann CM, McCormack LA, Berkman ND, Squiers LB. The health literacy skills instrument: a 10-item short form. *J Health Commun.* 2012;17(Suppl. 3):191–202.
68. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. HLS-EU Consortium: comparative report of health literacy in eight EU member states: the European Health Literacy Survey HLS-EU. Bruxelles: The International Consortium of the HLS-EU Project; 2012.
69. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053–8.
70. Costa A, Saboga-Nunes L, Costa L. Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Obs Bol Epidemiológico.* 2016;9:38–40.
71. Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD. Direção-Geral da Saúde (14/06/2010). Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde.
72. Norma n.º 02/2013. Direção-Geral da Saúde. (12/02/2013). Cirurgia segura, salva vidas.
73. Despacho n.º 69/2009. Ministério da Saúde (31/08/2009). Aprova o modelo ACSA de acreditação das instituições de saúde.
74. Decreto-Lei n.º 126/2014. Diário da República. 1.ª série. 161 (22/08/2014) 4400-4416. Estatutos da ERS.
75. Norma n.º 015/2014. Direção-Geral da Saúde (25/09/2014). Sistema nacional de notificação de incidentes - NOTIFICA.
76. Despacho n.º 3635/2013. Diário da República. 2.ª série. 47 (07/03/2013) 8528-8529. Criação das comissões da qualidade e segurança.
77. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011.
78. Norma n.º 025/2013. Direção-Geral da Saúde. (11/03/2015). Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.

79. Norma n.º 003/2015. Direção-Geral da Saúde. (11/03/2015). Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.
80. Serviço Nacional de Saúde. Biblioteca de Literacia em Saúde: SNS [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2018 [cited 2018 Apr 5]. Available from: <http://biblioteca.sns.gov.pt/>
81. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Grupo de Trabalho para a Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde. Literacia para a segurança dos cuidados de saúde [dados não publicados]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
82. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–5.
83. Rocha PC, Rocha DC, Lemos SMA. Functional health literacy and quality of life of high-school adolescents. *CoDAS*. 2017;29(4):1–9.
84. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*. 2009;124(Suppl. 3):S306–14.
85. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education and health literacy: results from the dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun*. 2013;18(1):172–84.
86. Muir KW, Ventura A, Stinnett SS, Enfieldjian A, Allingham RR, Lee PP. The influence of health literacy level on an educational intervention to improve glaucoma medication adherence. *Patient Educ Couns*. 2012;87(2):160–4.
87. Cooper KL. Evidence-based prevention of pressure ulcers. *Am Assoc Crit Nurses*. 2013;33(6):57–67.
88. Ruhul Amin M, Monoarul Haque M, Kumar Saha P, Zabin Eusuf Zai S, Mahmud Hossain S, Akter S. Pattern and risk assessment of bed sore in hospitalized patients. *Chattagram Maa-O-Shishu Hosp Med Coll J*. 2014;13(2):12–6.
89. Durrant LA, Taylor J, Thompson H, Usher K, Jackson D. Health literacy in pressure injury: findings from a mixed-methods study of community-based patients and carers. *Nurs Heal Sci*. 2017;1(7):doi 10.1111/nhs.12429.
90. Roberts S, Wallis M, McInnes E, Bucknall T, Banks M, Ball L, et al. Patients' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle in hospital: a qualitative descriptive study to guide evidence-based practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2017;14(5):385–93.
91. McInnes E, Chaboyer W, Murray E, Allen T, Jones P. The role of patients in pressure injury prevention: a survey of acute care patients. *BMC Nurs*. 2014;13(1):doi 10.1186/s12912-014-0041.
92. Orientação n.º 017/2011. Direção-Geral da Saúde. (19/05/2011) Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q).

9. Anexos

Anexo 1 – Número de casos omissos por característica sociodemográfica

Caraterísticas sociodemográficas (questão 1-5)	N.º de omissos	Total respondentes
Género	0	721
Idade	31	690
Nível de escolaridade	4	717
Situação profissional	4	717
Doença crónica	16	705

Anexo 2 – Média do número de respostas não aplicável e não respondeu

	LSCS (questão 6-40)		LS geral (questão 6-17)		Áreas Prioritárias (questão 18-40)	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Total respondentes	704	98%	708	98%	703	98%
Não aplicável	12		10		13	
Não respondeu	5		3		5	
Total	17	2%	13	2%	18	2%
Total Geral	721		721		721	

Anexo 3 – Média do número de respostas não aplicável e não respondeu por área prioritária

	Segurança na Utilização da Medicação (questão 18-22)		Promoção da Higiene das Mãos (questão 23-26)		Prevenção de Infecções e Resistência a Antibióticos (questão 27-31)		Prevenção de Úlceras de Pressão (questão 32-33)		Prevenção de Quedas (questão 34-36)		Segurança Cirúrgica (questão 37-40)	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Total respondentes	712	99%	714	99%	699	97%	645	89%	713	99%	701	97%
Não aplicável	3		4		16		65		4		14	
Não respondeu	6		5		6		12		4		6	
Total	9	1%	9	1%	22	3%	76	11%	8	1%	20	3%
Total Geral	721		721		721		721		721		721	

Anexo 4 – Questionário “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”

<p>Questionário</p> <p>Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde</p>
--

Este questionário foi desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) no âmbito do projeto-piloto *Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde*, com o objetivo de conhecer o nível de Literacia sobre a segurança dos cuidados de saúde, dos utentes das instituições de saúde públicas em Portugal.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação nem assinar nenhuma das folhas. Ao preencher este questionário está a consentir que a Direção Geral da Saúde use a informação aqui constante.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Para isso terá apenas de assinalar a opção de resposta que lhe parecer mais adequada.

Estima-se que o preenchimento de todo o questionário demore cerca de 10 minutos.

Obrigado pela sua colaboração

Por favor, indique os seus dados sociodemográficos:

1. Qual o seu género?

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2. Qual a sua idade?

3. Qual o seu nível de escolaridade?

- ☐ Frequência ensino primário/1.º ciclo
☐ 4.º ano
☐ 9.º ano
☐ 12.º ano
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. Qual a sua situação profissional?

- ☐ Estudante
☐ Ativo(a)
☐ Desempregado(a)
☐ Reformado(a)

5. É portador de doença crónica diagnosticada?

- ☐ Sim
☐ Não

Numa escala de “muito fácil” a “muito difícil”, e como utente dos cuidados de saúde prestados em Portugal, assinale o grau de dificuldade que sente sobre cada um dos temas descritos.

	Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não aplicável
6. Consigo pedir ajuda médica quando estou doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Entendo a informação que os profissionais de saúde me dizem (ex: médico numa consulta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sei o que fazer num caso de emergência médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Percebo a informação dos meios de comunicação social sobre os riscos para a saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Reconheço quando necessito de uma consulta médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Compreendo os exames pedidos pelo médico (ex: mamografia ou medir tensão arterial).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Decido sobre a minha saúde, após conselhos dos profissionais de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sei como me proteger de certas doenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Identifico quando a informação dos meios de comunicação social é verdadeira, para tratar certas doenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Percebo se os conselhos de amigos e/ou conhecidos para a minha saúde são válidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sei onde encontrar informação verdadeira sobre uma doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não aplicável
17. Compreendo o que significa segurança do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Compreendo o folheto dos medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Entendo as indicações dos profissionais de saúde sobre como tomar os medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Sigo as indicações sobre como tomar os medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Compreendo as vantagens e desvantagens dos vários tratamentos possíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Tomo os medicamentos durante o período de tempo previsto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Compreendo o que significa higienização das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Cumpro as fases da higienização das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sei quando devo realizar a higienização das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Percebo os folhetos que descrevem as fases da higienização das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Sei o que é um antibiótico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Sei quando devo tomar um antibiótico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Sei como evitar a resistência aos antibióticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Sei o que é uma infecção cruzada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Conheço as medidas recomendadas na etiqueta respiratória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Sei o que é uma úlcera por pressão/escara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Tomo precauções para prevenir as úlceras por pressão/escara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Reconheço os riscos que podem provocar quedas em casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Identifico comportamentos que podem provocar quedas em atividades domésticas ou de lazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Identifico os riscos que, em saúde, aumentam as quedas (ex: cataratas, ver mal, ouvir mal, dificuldade em andar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Sei interpretar um consentimento informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Reconheço os riscos para uma cirurgia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Sei onde esclarecer as dúvidas sobre uma cirurgia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Sei onde esclarecer as dúvidas sobre a minha preparação para a cirurgia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Muito Obrigada pela sua colaboração,
A Equipa Técnica**

Anexo 5 – Escala para interpretação do coeficiente de *Alfa de Cronbach*

>0,9	muito boa
[0,8 - 0,9[boa
[0,7 - 0,8[razoável
[0,6 - 0,7[fraca
<0,6	inadmissível

Fonte: Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.

Anexo 6 – Escala utilizada na medição das correlações entre as variáveis

0	inexistência de relação
]0 - 0,2[relação insignificante
[0,2 - 0,4[relação fraca
[0,4 - 0,7[relação média
[0,7 - 1[relação forte
1 (em módulo)	relação determinística

Fonte: Perestelo M. Iniciação ao SPSS e à análise estatística. Lisboa: ISCTE-IUL; 2011.

Anexo 7 – Pedido e autorização para acesso à base de dados

De: Anabela Coelho <anabelacoelho@dgs.min-saude.pt>

Enviado: 12 de março de 2018 14:24

Para: Ana Isabel Fernandes da Silva Bento

Cc: Silvia Lopes

Assunto: RE: Trabalho de Campo "Caraterização do nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde" - Ana Bento ENSP

Cara Dra. Ana Isabel Bento

Encarrega-me o Senhor Diretor do DQS, Dr. J. Alexandre Diniz, de informar que está autorizada a desenvolver o seu estudo de "Caraterização do nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde" aqui no DQS sob a minha orientação e supervisão. Está, igualmente, autorizada a usar a base de dados com os resultados do questionário implementado para avaliar o nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde, no âmbito exclusivo do seu estudo.

Com os melhores cumprimentos.

Anabela Coelho

Chefe da Divisão de Gestão da Qualidade

Head of the Division of Quality Management

No quadro do processo de desmaterialização da DGS, esta mensagem não terá qualquer suporte de papel, pelo que não será enviado ofício.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Melhor Informação, Mais Saúde.

Direção-Geral da Saúde | Departamento da Qualidade na Saúde

Directorate-General of Health | Department of Quality in Health

Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa, Portugal

Tel: +351 21 843 08 56 | Fax: +351 21 843 08 46 | E-mail: anabelacoelho@dgs.min-saude.pt | Website: www.dgs.pt

De: Ana Isabel Fernandes da Silva Bento [mailto:ai.bento@ensp.unl.pt]

Enviada: 19 de fevereiro de 2018 10:43

Para: Anabela Coelho <anabelacoelho@dgs.min-saude.pt>

Cc: Silvia Lopes <silvia.lopes@ensp.unl.pt>

Assunto: Trabalho de Campo "Caraterização do nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde" - Ana Bento ENSP

Exm^a. Sr.^a Professora Doutora Anabela Coelho

Eu, Ana Isabel Fernandes da Silva Bento, frequento o XLV Curso de Especialização em Administração Hospitalar, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

No âmbito do referido curso, encontro-me atualmente a elaborar um trabalho de campo, intitulado “Caraterização do nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde”, com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes da ENSP. Os objetivos deste trabalho são: conhecer o nível de literacia em saúde e o nível de literacia na segurança dos cuidados de saúde e identificar as características sociodemográficas que influenciam o nível de literacia em saúde e o nível de literacia na segurança dos cuidados de saúde.

Desta forma, venho solicitar a V. Exa.:

- o acesso à base de dados dos resultados do questionário implementado para avaliar o nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde;
- que seja designado um co-orientador da DGS para o acompanhamento na elaboração deste meu trabalho.

Mais informo que me responsabilizo pela confidencialidade dos dados, bem como a não utilização dos mesmos para outros fins. Fico ao dispor para facultar mais informação, que entenda necessária, relativa ao conteúdo do trabalho.

À consideração de V. Exa., subscrevo-me atenciosamente,

Ana Bento

aluna n.º 215105

XLV CEAH



Escola Nacional
da Saúde Pública

www.esnsp.unl.pt

CREDENCIAL

Para os devidos efeitos informa-se que a aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, **Ana Isabel Fernandes da Silva Bento** se encontra a realizar o Trabalho de Campo subordinado ao tema ***"Caraterização do nível de literacia dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde"*** entre outubro de 2017 e maio de 2018, pelo que se solicita lhe sejam concedidas as devidas facilidades.

Lisboa, 15-02-2018

A Coordenadora do CEAH,



(Silvia Lopes, Professora Doutora)